Rok XLI. Kraków 11 Października 1902. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.

Podał

Docent dr. H. Schramm.

Od czasu, gdy Spencer Wells i König w roku 1884 podali niespodzianie dobre wyniki otwarcia jamy brzusznej przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, zabieg ten zyskał w bardzo krótkim czasie prawie ogólny poklask u wszystkich chirurgów; z wielu stron zaczęto ogłaszać przypadki wyleczone tym sposobem, lubo do wytłómaczenia działania tej operacyi brakło jeszcze prawie wszelkich podstaw. Tu i ówdzie tylko odezwały się głosy, polecające inne mniej energiczne zabiegi lecznicze, jak wypuszczenie płynu nagromadzonego w jamie brzusznej przez nakłócie (Mosetig). Mader polecał nakłócie, dokładne wygniecenie płynu i następową opaskę uciskową. Condamin wypuszczał płyn przez nacięcie sklepienia pochwy, przyczem starał się o usunięcie tą drogą zwyrodniałych gruźliczo trąbek; Seganti nakłówał ściany brzuszne w dwóch miejscach i przez wprowadzone rurki trójgrańca przemywał jamę brzuszną rozczynem fizyologicznym soli. Inni autorowie, przypisując swoiste działanie powietrzu, wdmuchiwali je do jamy brzusznej po wypuszczeniu płynu trójgrańcem, bądź to po poprzedniem wyjałowieniu powietrza przez przepuszczanie przez watę, jak Folet i Duran, bądź bez zachowania tej ostrożności, jak Nolen. Wszystkie te zabiegi nie znalazły jednak wielu zwolenników; powszechnie uznawano laparotomię, jako najlepszy i prawie jedyny sposób leczenia gruźlicy otrzewnej.

Z mego doświadczenia mogę już tu powiedzieć, że samo nakłócie i dokładne wypróżnienie płynu z jamy brzusznej nie dało mi dobrych wyników: jedno dziecko tym sposobem leczone, a zabrane do domu z chwilowem polepszeniem, umarło w 2 miesiące później, jak mi donoszą rodzice z powodu tej samej choroby; u drugiego płyn nagromadził się wkrótce na nowo, dziecko mizerniało coraz bardziej, wykonano więc laparotomię i dziecko to według otrzymanej wiadomości, w 14 miesięcy po operacyi cieszy się zupełnem zdrowiem.

W ostatnich czasach zaczęły się jednak pojawiać głosy, odmawiające laparotomii przyznawanego jej dotychczas wpływu leczniczego.

I tak Ruggi w roku 1896 podnosi, że przypadki gruźlicy otrzewnej, przebiegające bez gorączki, mają dążność do samowyleczenia i że laparotomia tylko wyleczenie to przyspiesza. Oehler, pisząc w r. 1901 o gruźlicy otrzewnej u dzieci, powiada również, że cierpienie to leczy się bardzo często samo w przeciągu jednego do dwóch lat.

Najostrzej jednak wystąpił w ubiegłym roku Borchgrerink, który, opierając się wprawdzie na nie bardzo wielkiej liczbie przypadków, bo tylko na 42, odmawia wprost działania leczniczego laparotomii, utrzymując, że spostrzegane po tym zabiegu wyleczenia nie były skutkiem zabiegu, że chorzy ci byliby wyzdrowieli i bez operacyi, że zaś bardzo często, zwłaszcza w przypadkach połączonych z gorączką, laparotomia działa wprost szkodliwie. Na poparcie tego twierdzenia przytacza, że z pomiędzy operowanych pozostało przy zdrowiu 63·6%, podczasgdy przypadki leczone innymi sposobami bez operacyi dają 81·8% wyleczeń. Do podobnych wyników doszedł także U. Rose, który z materyału kliniki Naunyna oblicza, że po leczeniu wewnętrznem otrzymujemy stałych wyleczeń $\frac{1}{3}$ przypadków, podczas gdy wyleczeń stałych po laparotomii, według zestawień Königa ma być tylko $\frac{1}{4}$ część. Wreszcie i Koppen w pracy, ogłoszonej w bieżącym roku, odmawia laparotomii wpływu leczącego, kładzie nacisk na wzmożenie odporności ustroju chorego głównie przez dobre warunki hygieniczne, a istniejący w jamie brzusznej płyn usuwa przez nakłócie i jamę brzuszną przemywa fizyologicznym rozczynem soli.

Wobec wspomnianych najnowszych prac, pochodzących z klinik wewnętrznych, zachodzi potrzeba ponownych badań, czy rzeczywiście dotychczasowe bardzo rozpowszechnione przekonanie o zbawiennym wpływie laparotomii na gruźlicze zapalenie otrzewnej polegało na złudzeniu i czy rzeczywiście w myśl żądania Borchgrevinka chirurgia ma ustąpić tego zdobytego dla siebie pola i oddać je napowrót w ręce internistów. Rozstrzygnięcie tego ważnego pytania możebne jest według mego przekonania nie tyle drogą doświadczeń na zwierzętach, lubo i tu już dotychczasowe badania Nanottiego, Baciocchiego, Gattiego, Kiszenskiego i innych wykazały dobry wpływ laparotomii na sprawę gruźliczą otrzewnej, zwłaszcza u psów, ile raczej za pomocą dokładnego śledzenia losu przypadków, leczonych bądź to środkami wewnętrznymi, bądź zapomocą laparotomii i zestawienia otrzymanych wyników nie tylko przez czas pobytu chorego w zakładzie leczniczym, lecz i zbieranie dat o dalszym losie chorych po upływie dłuższego czasu. Wynikami tych dochodzeń chciałbym się z szanownymi czytelnikami podzielić, a zarazem się dowiedzieć, jakie doświadczenie szanowni koledzy w tym kierunku zebrali, aby tym sposobem ustalić postępowanie nasze na przyszłość. Materyał mój odnosi się wprawdzie do samych dzieci, sądzę jednak, że to wartości zebranych doświadczeń nie osłabia; według zgodnego zapatrywania różnych autorów, jak: Oehlera, Jaffego, Copala i innych samoistne wyleczenie zapalenia gruźliczego otrzewnej u dzieci jest stosunkowo częste, jeżeliby się więc okazało, że i u nich będziemy mieli więcej wyleczeń stałych po laparotomii niż po leczeniu wewnę-

trznem, to z tem większą słusznością można będzie powiedzieć, że laparotomii samej trzeba przypisać działanie lecznicze.

Materyał, jakim rozporządzam, odnosi się do 45 przypadków, leczonych w szpitalu św. Zofii we Lwowie, a mianowicie 25 chłopców i 20 dziewcząt; nawiasem zauważę, że stosunek płci był odmienny od przeważnej liczby zestawień, wykazujących częstsze występowanie gruźlicy otrzewnej u płci żeńskiej. Wiek dzieci był rozmaity, od 1 roku aż do 12 lat życia, najczęściej, bo 31 razy, między 4 a 7 rokiem życia. Z pomiędzy tych chorych 25 było leczonych bez operacyi, jeżeli pominę jedno dziecko, u którego wykonano nakłócie, a o którem już wyżej wspominałem, sposobami powszechnie używanymi, a więc wcieraniem w ściany brzuszne maści, podniecających wessalność, z jodoformem, jodem, ichtyolem, szarem mydłem i t. d., dalej okładami i kąpielami, dobrem odżywianiem, wewnętrznem podawaniem kreozotu, arsenu itp.; u pozostałych 20, mianowicie 9 dziewcząt i 11 chłopców, wykonano laparotomię. Z pomiędzy pierwszych umarło w szpitalu 2 dziewczęta i 7 chłopców, razem 9, czyli 36%; pobyt ich w szpitalu wynosił u dwojga po 8 dni, u 5-ciu 26 do 48 dni, u dwojga nawet 164 względnie 174 dni; przyczyną śmierci była postępująca sprawa gruźlicza i ogólne wyniszczenie.

Z pomiędzy operowanych zmarło w szpitalu dwoje, czyli 10%, a mianowicie: jedna dziewczyna, u której resekowano część gruźliczo owrzodziałego jelita cienkiego, a u której 8-go dnia po operacyi wytworzyła się przetoka kałowa i dziecko zmarło z wyniszczenia w 3 tygodnie po operacyi i jeden chłopczyk 4-letni w sześć dni po operacyi z powodu ostrego zapalenia płuc. Różnice wyników obu sposobów leczenia występują może jeszcze jaskrawiej, jeżeli weźmiemy pod uwagę poszczególne odmiany gruźliczego zapalenia otrzewnej. Jak powszechnie uznano, najskłonniejsze do samowyleczenia są przypadki tak zwane *„peritonitis tuberculosa exsudativa“*, postać, w której cała otrzewna zasiana jest drobnymi gruzełkami, mało zgrubiała, pętle jelit mało lub całkiem ze sobą nie pozrastane, natomiast w jamie brzusznej znajduje się obfity wolny wysięk surowiczy. Przypadków takich leczono w szpitalu św. Zofii 28, z tych 17 leczono wewnętrznie, a 11 razy wykonano laparotomię. Z pomiędzy pierwszych zmarło w szpitalu (na zabieg operacyjny rodzice zgodzić się nie chcieli), sześć, czyli przeszło połowa; z pomiędzy 11 operowanych przy tej formie umarło jedno dziecko z powodu zapalenia płuc.

W drugiej odmianie ilość płynu jest bardzo mala lub wcale go nie ma; natomiast zgrubienie otrzewnej znaczne, zrosty między jelitami rozległe, w jamie brzusznej dadzą się wymacać mniej lub więcej rozległe twarde nacieki gruźlicze, w postaci guzów, dochodzących do wielkości główki dziecka. Przypadków tej odmiany liczę razem 13; z pomiędzy 7 leczonych wewnętrznie umarło w szpitalu dwoje, 5-ro zabrano do domu z nieznacznem polepszeniem; z pomiędzy 6 operowanych nie umarł w szpitalu ani jeden.

Przy trzeciej odmianie *peritinitis tuberc. ulcerosa* znajdujemy obok zrostów między pętlami jelit nacieki gruźlicze mocno zserowaciałe, w znacznej części zropiałe. Przypadków takich liczę między moimi chorymi 4, z tych jedno dziecko nieoperowane umarło w szpitalu, a z pomiędzy 3 operowanych jedna dziewczynka umarła z powodu powstałej przetoki kałowej, jedno dziecko wyszło nieuleczone z ropiejącą przetoką, jedno zupełnie wyzdrowiało.

Już z zestawienia tych bezpośrednich wyników musimy przyjść do wniosku, że laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewnej nie można uważać za środek obojętny, który w najlepszym razie nie szkodzi, jak tego chce B o r c h g r e v i n k, lub nawet jako środek pomocniczy, przyśpieszający wyleczenie, lecz że musimy jej przypisać działanie wprost lecznicze i to działanie bardzo skuteczne we wszystkich postaciach i odmianach tej choroby.

W celu przekonania się o dalszym losie leczonych w szpitalu dzieci, starałem się dowiedzieć o stanie ich zdrowia po upływie co najmniej roku po opuszczeniu szpitala. Wyniki tych badań, mimo wszelkich z mej strony dołożonych starań, są niestety niezupełne, a to z powodu często nieprzezwyciężonych trudności wynalezienia miejsca pobytu dziecka, względnie rodziców. Z pomiędzy 34 dzieci, które opuściły szpital, udało mi się zebrać wiadomość tylko o 23. Z pomiędzy nich 10 było takich, które leczone były bez operacyi, a 13 takich, które opuściły szpital po wykonaniu laparotomii. I cóż się okazało? Z pomiędzy owych nieoperowanych zmarło w ciągu pierwszego roku po opuszczeniu szpitala 8, czyli 80%, a tylko dwoje t. j. 20% pozostało przy życiu dłużej niż rok; o jednem z nich nadto pisze matka, że „ciągle słabuje na brzuch“. Z grupy drugiej, operowanych, umarło troje, czyli 24·6%, pozostaje przy życiu 10, czyli 75·4% — i wszystkie cieszą się zupełnem zdrowiem; u jednej tylko dziewczyny sprawia dolegliwość powstała w bliźnie przepuklina; drugi chłopiec przedstawił mi się w 4 lat po operacyi z poczynającem zapaleniem lewego stawu kolanowego. W brzuchu zmian chorobowych żadnych, blizna po laparotomii gładka.

Rozdzielając te przypadki według poszczególnych postaci gruźlicy otrzewnej, otrzymamy następujące wyniki: odmiana z wysiękiem nie operowanych 5, zmarło 3, żyje 2; operowanych 6, żyje 6; odmiana z zrostami i naciekami: nie operowanych 4, wszystkie zmarły; operowanych 4, jedno zmarło, 3 żyje; odmiana wrzodziejąca z ropieniem nie operowane jedno, zmarło; operowanych 3, z tych dwoje zmarło, jedno żyje.

Wyniki te więc potwierdzają ogólnie przyjęte zdanie, że rokowanie jest najlepsze w formie wysiękowej, że wyleczenie samoistne w tej postaci choroby jest możliwe, lubo nawet u dzieci bardzo rzadkie, że dwie inne odmiany tego cierpienia dają rokowanie gorsze; trzecia postać z ropieniem nawet bardzo złe, że jednak i w tej odmianie zapomocą laparotomii można osięgnąć zupełnie i stałe wyleczenie.

A teraz kilka słów, dotyczących pytania, jakim sposobem działa przy gruźlicy otrzewnej otwarcie jamy brzusznej? Teoryj pod tym względem mamy prawie zanadto, poczynając od przypuszczenia swoistego wpływu światła słonecznego i powietrza na prątki gruźlicze, jak to przyjmowali S o n n e n b u r g, M o s e t i g i C a s p e r s o n, lub specyalnie wpływu tlenu powietrza na bezpowietrznie dotychczas żyjące prątki podług B r a a t z a; według innych działanie laparotomii miało polegać na wywołaniu silnego zadrażnienia otrzewnej przez manipulacyę rękami (C a s p e r s o n), przez sprowadzenie zrostów, przeszkadzających ponownemu zebraniu się płynu (H a r t m a n n, A l d i b e r t); inni przyjmowali swoiste działanie środków przeciwgnilnych, zwłaszcza jodoformu,

używanego do wycierania ścian jamy brzusznej (Preindlsberger), inni kładli nacisk na wydalenie dokładne płynu zawierającego toksyny, lub drażniące złogi włóknikowe (Frees, Kocks, Jaffé). Wszystkie te teorye okazały się mylne lub niedostatecznie tłómaczące działanie laparotomii. W ostatnich czasach dopiero zwrócono uwagę na objaw, który cudowne często działanie laparotomii tłómaczy pewniej i więcej zgodnie z wynikami badań umiejętnych. Mianowicie Nassauer, Hildebrandt, Cecherelli, Jordan, d'Urso, Gatti i inni podnieśli znaczenie przekrwienia, jakie występuje na gruźliczo zmienionej otrzewnej. Z doświadczenia mego mogę potwierdzić, że w przypadkach, zwłaszcza wysiękowych, w których otrzewna zasiana jest guzkami gruźliczymi, przekrwienie to występuje bardzo wybitnie, błona surowicza już w kilkanaście sekund nabiera barwy wiśniowo-czerwonej i rozpulchnia się wskutek nacieku surowiczego. Według spostrzeżeń moich przekrwienie to występuje tem silniej, im naglej zmieniają się stosunki ucisku wśródbrzusznego, czyli im naglej zostanie płyn wolny z jamy brzusznej wypuszczony. Jeżeli w otrzewnej zrobi się mały otwór, płyn powoli odpuścimy, a następnie dopiero otwór w otrzewnej powiększymy, to przekrwienie otrzewnej występuje w mniejszym stopniu. Ważne jest też doświadczenie, że po laparotomii wykonanej pod rozczynem solnym tak, że mimo otwarcia jamy brzusznej ciśnienie śródbrzuszne, a zatem i warunki krążenia zmieniają się bardzo mało, lub wcale nie, przekrwienie otrzewnej bardzo mało się objawia i wynik leczniczy laparotomii jest prawie żaden. Z tego też powodu laparotomia ma tak wielką wyższość nad powolnem wypuszczaniem płynu przez nakłócie bądź to samo, bądź w połączeniu z wdmuchiwaniem powietrza i przemywaniem jamy brzusznej rozczynem solnym. Z tego samego powodu wyniki laparotomii są względnie najlepsze przy obfitej ilości płynu wolnego i bez zrostów między pętlami jelita, gdzie więc na całej powierzchni schorzałej otrzewnej może wystąpić jednostajne silne przekrwienie. Przekrwienie to, z początku czynne, utrzymuje się kilkanaście minut, poczem ustępuje miejsca przekrwieniu żylnemu, które utrzymuje się bardzo długo, według podania Hildebrandta nawet do 20 dni. To silne i długotrwałe przekrwienie i nasiąknienie surowicą krwi otrzewnej i znajdujących się na niej guzków gruźliczych działa jako środek leczniczy, podobnie jak przy gruźlicy stawów przekrwienie, wywołane opaską Biera. Na czem działanie to polega, jest jeszcze sprawą sporną; według jednych ma tu znaczenie tworzenie się nowych naczyń w gruzełku, wzmożona fagocytoza i rozrost tkanki łącznej, prowadzącej do zaniku gruzełka (Cecherelli, d'Urso); według badań Gattiego zaś, wykonanych na psach, przekrwienie i naciek surowicy prowadzi wprost do zaniku prątków gruźliczych, komórek nabłonkowatych i okrągłych tak, że z gruzełka pozostaje tylko delikatne podścielisko łącznotkankowe. Nadmienić tu jednak wypada, że prątki gruźlicze, jak wogóle większa część bakteryj, nie znajdują w błonach surowiczych zbyt sprzyjających warunków rozwoju (Pfeiffer, Noetzel, van Leent) Dostawszy się na wolną otrzewnę bądź z owrzodzeń w kiszkach, bądź z gruczołów krezkowych, trąbek macicznych, lub wreszcie z krwiobiegu, rozwijają wprawdzie swą działalność i prowadzą do wytwarzania się gruzełków, po pewnym czasie jednak słabną tak, że sprowadzone w tym okresie mocne przekrwienie i naciek surowiczy może je łatwiej do reszty zniszczyć. Spostrzeżenie to tłómaczy, dlaczego w doświadczeniach na psach laparotomia wykonana zawcześnie, gdy rozsiane po otrzewnej prątki są jeszcze za silne, nie jest w stanie ich zabić i nie sprowadza wyleczenia. Z drugiej strony doświadczenie poucza, że już nagromadzone w znaczniejszej ilości i grubości masy gruźlicze, zwłaszcza zserowaciałe, trudniej nasiąkają surowicą i trudniej też ulegają zanikowi i dlatego też König i Martens radzą wykonywać laparotomię, nim przyjdzie do takiego rozleglejszego zserowacenia nacieków gruźliczych.

W przypadkach, w których jest mało płynu lub całkiem go niema, a natomiast istnieją rozległe zrosty między jelitami i twarde duże nacieki gruźlicze, działanie laparotomii przypisać należy mniej zmianie warunków krążenia, — lubo i w tych przypadkach zauważałem znaczne zaczerwienienie się odsłoniętych pętli jelit, — bez porównania większe, niż to ma miejsce po otwarciu jamy brzusznej i rozdzielaniu zrostów z innej przyczyny, nie z gruźlicy powstałych; więcej zaś przekrwieniu wywołanemu przez działanie mechaniczne przy rozklejaniu zrostów, wycieraniu ścian jamy brzusznej gazą i t. p. manipulacyach.

Przekrwienie to nie bywa jednak tak silne, a nadewszystko nie tak jednostajne, jak w postaci wysiękowej; masy gruźlicze otoczone są grubemi błonami, przez które przekrwienie nie może działać tak dokładnie i nie może przeniknąć całego, często już w znacznej części zserowaciałego złogu gruźliczego; dlatego też i działanie laparotomii w tej postaci gruźlicy otrzewnej bywa mniej skuteczne i mniej stałe.

Przy trzeciej odmianie tej choroby, połączonej z rozległem zserowaceniem i zropieniem nacieku gruźliczego, laparotomia ogranicza się właściwie do otwarcia ropni, działa więc wprost przez wydalanie mas chorobowych.

Z powyższych wywodów teoretycznych wynikają też zasady, jakich się trzymałem w leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. W pierwszych zatem okresach choroby starałem się pomagać ustrojowi dziecka w walce z rozsianymi na otrzewnej prątkami, podnosząc ogólny stan odżywienia, dostarczając dziecku jak najkorzystniejszych warunków higienicznych; miejscowo stosowałem wcieranie w ściany brzuszne maści podniecających wessalność, ichtyolu, jodu, jodoformu i mydła szarego; ciepłe okłady miały za zadanie wzmagać przypływ krwi do ścian brzusznych, a zatem i do otrzewnej. Wyniki takiego leczenia, jak wyżej wspomniałem, bywają bardzo skromne, szczególnie u pacyentów szpitalnych, pochodzących z rodzin niezamożnych, gdzie więc dziecko po wypuszczeniu ze szpitala wraca znów w niekorzystne warunki zdrowotne. Jeżeli mimo starannego stosowania powyższych środków stanowcze polepszenie nie następowało w ciągu kilku tygodni, a zwłaszcza gdy dziecko mizerniało i zaczynało gorączkować, namawiałem do wykonania laparotomii. W postaci wysiękowej otwierałem jamę brzuszną cięciem 8—10 ctm. długiem w linii białej poniżej pępka tak, aby płyn mógł wypłynąć silnym strumieniem jak najprędzej, resztki płynu usuwałem przez wymaczanie gazą wyjałowioną, unikając wprowadzenia jakichkolwiek śr dków przeciwgnilnych, nawet jodoformu, który według mego zdania jest w tej postaci zupełnie zbyteczny. Po usunięciu płynu ranę brzuszną zamykałem szwami zupełnie;

poprzednio tuż koło brzegu rany wycinałem kawałek otrzewnej z kilku guzkami w celu badania drobnowidowego i pokrywałem cały brzuch dość luźnym opatrunkiem, aby przez wywieranie ucisku nie przeszkadzać wytworzeniu się zbawiennego przekrwienia. Prawie we wszystkich przypadkach mogłem przy zmianie opatrunku w kilka dni po operacyi wykazać małą ilość płynu wolnego w jamie brzusznej. Płyn ten w ciągu kilkunastu dni ulegał wessaniu; tylko u jednego dziecka ilość płynu stale znów przybierała i po upływie sześciu tygodni przystąpiłem ponownie do otwarcia jamy brzusznej; ilość spostrzeganych tam guzków gruźliczych była stosunkowo tak mała, a badanie wyciętego kawałka wykazało zmiany zgadzające się z opisaniem zmian, spostrzeganych przez Gattiego na psach; dziecko to po drugiej operacyi zostało wyleczone na stałe. Sądzę też, że wykonywanie powtórnej laparotomii po tak krótkim czasie, jak to robił Galvani, to jest w 10 do 20 dniach, jest niepotrzebne; natomiast przy utrzymywaniu się płynu przez czas dłuższy należy powtórzyć operacyę, a nawet znane są przypadki Bergfelda i Galvaniego, w których ostateczne wyleczenie nastąpiło dopiero po trzeciem, czwartem, a nawet piątem otwarciu jamy brzusznej.

Przy odmianie drugiej zabieg operacyjny jest znacznie trudniejszy, nawet już samo otwarcie jamy brzusznej może natrafiać na bardzo znaczne przeszkody z powodu zrostów kiszek ze ścianą brzuszną; i już niejednemu operatorowi trafiło się, że mimowoli otworzył kiszkę. Potrzeba więc tutaj postępować bardzo ostrożnie, również przy rozdzielaniu zrostów między jelitami miejsca podejrzane o obecność wrzodu gruźliczego lepiej pozostawić nietknięte; łatwo bowiem, jak i mnie się to w jednym przypadku zdarzyło, otworzyć kiszkę, a zamknięcie otworu, nawet po wycięciu kawałka jelit, nie jest pewne, zmieniona bowiem chorobowo ściana kiszki trudno się goi i łatwo przychodzi następnie do przetoki kałowej. Po rozdzieleniu ile możności zrostów wycierałem ściany jamy gazą jodoformową dość mocno, nie tyle w celu wtarcia jodoformu, ile w celu mechanicznego podrażnienia otrzewnej i wywołania silnego przekrwienia, poczem ranę skórną zupełnie zamykałem. Niektórzy autorowie, jak Czerny, Sick, Nélaton i Quervain kładli nacisk na usunięcie pierwotnego ogniska, zkąd rozsianie się gruzełków po otrzewnej nastąpiło, zatem zserowaciałego gruczołu chłonnego, owrzodzenia w jelitach, lub co najczęściej trąbki; inni, jak König i Martens radzą usunąć te ogniska, jeżeli się to uskutecznić da łatwo bez większych manipulacyj; inni wreszcie, jak Walter i Epstein uważają ten zabieg za niepotrzebny. W moich przypadkach nie szukałem nigdy za pierwotnem ogniskiem gruźliczem i sądzę, że przynajmniej u dzieci jest to zupełnie zbyteczne; ognisko to bywa zwykle małe i po laparotomii goi się tak samo, jak rozsiane po otrzewnej guzki.

W trzeciej postaci, — przy zserowaceniu i zropieniu nacieku gruźliczego, — zabieg operacyjny był właściwie taki sam, jak przy umiejscowieniu ropni gruźliczych w innych okolicach; zatem o ile można szerokie otwarcie ogniska, ostrożne wyłyżeczkowanie mas serowatych, lub wydalenie ich przez wycieranie wacikami i leczenie otwarte jamy przez tamponowanie jej gazę jodoformową. Wyniki tych wszystkich zabiegów były wcale zadowalniające, zgodne zresztą z wynikami innych chirurgów; Margaruzzi n. p. podaje 85·4% wyleczeń, w zestawieniu Naumanna i Laupera liczba ta wynosi 70%, u Hercfelda 60%, — a co najważniejsza, wyniki te według mych badań są bez porównania lepsze, niż przy leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej środkami wewnętrznymi; przychodzę więc do wniosku, że chirurgia zdobyte tu pole może spokojnie nadal zatrzymać dla siebie i niema najmniejszej potrzeby oddawania go napowrót w ręce internistów.

II. Ze szpitala powszechnego w Drohobyczu.

O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem.

Podał

Dr. Kozłowski

według odczytu wygłoszonego na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Znieczulanie rdzeniowe, jak każda rzecz nowa, liczy obecnie wielu wprost fanatycznych zwolenników; ma jednak i wielu przeciwników, co prawda przeważnie tylko teoretycznych. I nic dziwnego: sposób pierwotny, podany przez Biera (wstrzykiwanie wodnych rozczynów chlorku kokainy), wywoływał bardzo nieprzyjemne, niekorzystne i niezachęcające objawy tak wśród samego znieczulenia, (omdlenia, niepokój, zimne poty, wymioty i t. d.), jak, co gorsza, i po ustąpieniu znieczulenia w formie znacznych, nieraz do tygodnia trwających bólów głowy, nudności, gorączki, jednem słowem pełnego obrazu, słusznie przez francuskich autorów nazywanej „meningitis aseptica“. Dążąc do usunięcia tych objawów następowych, próbowano począwszy od samego Biera, różnych środków, jak zakładanie opaski na szyję, unikanie ułożenia Trendelenburga, wdychiwanie środków rozszerzających naczynia mózgowe (azotan amylowy), używanie zamiast chlorku kokainy innych jej przetworów, mniej trujących i drażniących (eukaina i tropakokaina). Ze wszystkich tych sposobów jedynie tylko wprowadzenie przez Schwarza tropakokainy jest znacznym postępem w metodzie znieczulania lędźwiowego. Jednakże mimoto w większej liczbie przypadków znieczulenia wodnym rozczynem tropakokainy, wprawdzie znacznie słabiej, niż przy kokainie, występują po pewnym czasie (zwykle w 4 do 6 godzin po wstrzyknięciu) wymioty, połączone z bólem głowy, przeważnie bez gorączki. Wśród przypadków przezemnie operowanych w znieczuleniu rozczynem wodnym tropakokainy, w 9-ciu na 16 przypadków wystąpiły wymioty z bólem głowy, a tylko w 7-miu nie było żadnych następowych przypadłości, znieczulenie zawsze było zupełne i chorzy podczas operacyi okazywali zupełną euforyę. Używałem zawsze rozczynu 1%, świeżo tuż przed operacyą przyrządzonego i wygotowanego.

Zastanawiając się nad wspomnianemi nieprzyjemnemi następowemi przypadłościami, które, jak wspomniałem, mają to charakterystyczne, że występują bardzo regularnie w kilka dopiero godzin po wstrzyknięciu, należało przyjść do przekonania, że nie są następstwem wpływu trującego tropakokainy, (gdyż nie występują, jak przy kokainie w 10 do 15 minut po wstrzyknięciu, lecz dopiero w 4 do 6 godzin), ale muszą być wywołane mechanicznem lub chemicznem podrażnieniem opon rdzenia i mózgu przez wstrzyknięty płyn. W płynie tym znajduje się tropakokaina i woda; po-

nieważ zamiast tropakokainy nie posiadamy na razie innego jeszcze mniej drażniącego środka, postanowiłem usunąć przynajmniej wpływ drugiego, t. j. wody. Opierając się na znanym fakcie, że woda jest środkiem dość silnie drażniącym tkanki fizyologiczne, a zwłaszcza komórki i pnie nerwowe, tak dalece, że nawet rozczyn fizyologiczny nie jest dla nich zupełnie obojętnym, spróbowałem wstrzykiwać tropakokainę rozpuszczoną w płynie mózgowo-rdzeniowym. Po pierwszych kilku przypadkach przekonałem się, że sposób ten jest łatwym, szybkim i wygodnym, oraz że chorzy znakomicie go znoszą bez żadnych następowych przypadłości; tembardziej jeszcze zachęciłem się do dalszego używania tego sposobu, znalazłszy przy przeglądaniu piśmiennictwa, że Guinard, postępując również w ten sposób, nieco wprawdzie odmienny, zaznacza, że wśród 70 znieczuleń jego metodą nie zauważył najmniejszych nieprzyjemnych następstw. Guinard używa chlorku kokainy i do kilku gramów wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego dodaje kroplę zgęszczonego rozczynu wodnego kokainy, (w jednej kropli znajduje się potrzebna dawka kokainy).

Mój zaś sposób jest następujący: do wyjałowionej suchej ogrzanej szklanej czareczki z gramowemi podziałkami wsypuję suchy proszek tropakokainy (zazwyczaj 0·05) i wbiwszy igłę w przestrzeń międzykręgową w linii środkowej między drugim a trzecim, lub trzecim a czwartym kręgiem lędźwiowym, wypuszczam wprost spadające krople płynu mózgowo-rdzeniowego na proszek tropakokainy, który szybko i łatwo przy lekkiem poruszaniu rozpuszcza się w tym płynie. Wypuszczam 5 gramów płynu tak, że tworzy się w ten sposób 1% rozczyn tropakokainy w płynie mózgowo-rdzeniowym bez współudziału lub domieszki wody. Płyn natychmiast wciągam do strzykawki i wpuszczam w przestrzeń międzyoponową. Tropakokainę używałem we wszystkich przypadkach niewyjaławianą, wprost odważoną z oryginalnego słoika fabryki Mercka i nie zauważyłem żadnych z tego powodu szkodliwych następstw: widocznie sam proszek jako taki jest jałowy. Można jednak, gdzie zachodzićby mogła obawa zanieczyszczenia proszku, poddać go poprzednio wyjałowieniu w gorącem powietrzu, lub co lepiej, rozpuściwszy w alkoholu, pozostawić na kilka dni powolnemu pod kloszem odparowaniu aż do wykrystalizowania. Jak wspomniałem, uważam jednak wyjaławianie tropakokainy świeżo wziętej ze słoika z zachowaniem zwykłych zasad czystości (wydobywanie wyjałowionemi łyżeczkami, niedotykanie palcami i t. p.) za zbyteczne.

W ten sposób zastósowana metoda znieczulania rdzeniowego jest prostą, krótką, łatwą w wykonaniu, a co najważniejsza — użyta przezemnie w 24-ch dotychczas przypadkach, w żadnym z nich nie wywołała następowych objawów podrażnienia opon rdzeniowych i mózgowych.

Celem tych słów kilku jest zachęta kolegów do coraz szerszego stósowania tego znieczulenia, w którem większą liczbę naszych operacyj chirurgicznych można wygodnie i bezpiecznie wykonać bez bólu i bez następowych przypadłości, tak zwykłych przy narkotyzowaniu. Dalszym celem jest wykazanie, że można tego sposobu używać nietylko w wielkich klinikach i stołecznych oddziałach szpitalnych, wyposażonych we wszelkie najdokładniejsze urządzenia aseptyczne, ale i w mniejszych prowincyonalnych szpitalach, gdzie największe operacye jesteśmy zmuszeni wykonywać zazwyczaj z jednym tylko sekundaryuszem, a odpowiedzialną i zawsze groźną narkozę chloroformową oddawać zakonnicy, mając przez to stale natężoną i rozdzieloną uwagę między wykonywaniem samej operacyi, a ciągłą kontrolą wykonywającej usypianie chloroformem zakonnicy. Znieczulenie lędźwiowe uwalnia operującego od tej przykrej czynności. Z prawdziwem rzeczywiście zadowolnieniem, bez najmniejszej obawy i pospiechu wykonywać można obecnie najcięższe zabiegi operacyjne. Polecam więc gorąco wszystkim kolegom nawet i w praktyce prywatnej w odpowiednich przypadkach używanie znieczulenia lędźwiowego metodą przezemnie używaną, a wówczas słusznie będziemy mogli powtórzyć słowa Schwarza, że jedno małe ukłócie igłą pozwala nam wykonywać na chorym bezboleśnie wszelkie operacye na kończynach dolnych i tułowiu.

III. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał
Dr. Adam Szulisławski
Docent Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia ważności roli, jaką odgrywa akt dwuocznego widzenia na ocenienie rozmiarów w przestrzeni. Zaznaczyć przedewszystkiem musimy, że może ono mieć znaczenie tylko przy rozpatrywaniu przedmiotów blizkich, t. j. tylko przy zbieżności gałek ocznych, czyli wówczas, gdy osie obydwu oczu w przedłużeniu przecinają się na danym przedmiocie w pewnej skończonej, dodajmy wyraźnie niewielkiej, odległości. Skoro bowiem skierujemy wzrok na dalsze przedmioty, tak że osie wzrokowe stają się równoległe, to nie przedstawia nam obuoczne widzenie żadnych podstaw do ocenienia odległości (względnie głębokości) i jest już zupełnie wszystko jedno, czy patrzymy jednem, czy obydwoma oczyma. Ponieważ odległość zaś obydwu oczu wynosi średnio 60—62 mm., rzadko zaś dosięga 70 mm., zrozumiemy przeto, że ważność dwuocznego widzenia dla ocenienia bryłowatości bardzo szybko maleje z odległością przedmiotów.

Objawia się zaś ona głównie w dwu kierunkach, t. j. wpływa na ocenienie bezwzględnej odległości widzianych przedmiotów i na ocenienie różnicy odległości rozmaitych punktów tego samego przedmiotu. Pierwszy czynnik opierać się może jedynie na poczuciu bezwzględnego stopnia zbieżności, w którym znajdują się obydwie osie widzenia w chwili, gdy je skierujemy na jeden przedmiot. Ocenienie jednak stopnia zbieżności jest, jak tego liczne doświadczenia Helmholtza i in. dowodzą, nader niedokładne, a co za tem idzie, bywają też sądy o odległości przedmiotów, oparte na tym tylko środku pomocniczym, również niedokładne i zazwyczaj mylne. Zmniejszająca się zbieżność obydwu osi widzenia daje nam tylko ogólne wyobrażenie o wzrastającej odległości przedmiotu i naodwrót. Zapominać jednak nie należy, że i to także tylko wśród szczupłych granic, t. j. takich, jakie wogóle niewielka odległość naszych oczu dla zbieżności zakreśla. Czynnik ten posiada tedy pewną ważność, jako pomocniczy wobec innych

wyżej wymienionych, lecz tylko przy ocenianiu odległości przedmiotów blizkich. Zupełnie podobnie, jakeśmy to poprzednio wykazali dla akomodacyi, z którą ma jeszcze i to wspólnego, że z reguły zawsze postępują one równolegle, działają równocześnie i współrzędnie tak, że pewnemu stopniowi zbieżności (konwergencyi) odpowiada stale pewna ilość akomodacyi. Jeżeli ktoś np. nastawi swoje oczy na odległość 33 ctm., t. j. każe swoim osiom wzrokowym złączyć się w 33 ctm., to ilość zużytej akomodacyi dla dokładnego w tem miejscu widzenia wyniesie 3 D., w odległości 50 ctm., tylko 2 D., w odległości 20 ctm. od oczu zaś 5 D. A skoro tak jest rzeczywiście, to nie mogłoby się ostać przypuszczenie, aby nawet zupełna utrata jednego oka mogła ten wzajemny stosunek akomodacyi i zbieżności naruszyć. Tak samo jak dawniej będą towarzyszyły skurczowi mięśnia rzęskowego (akomodacyi) skurcze mięśni wewnętrznych prostych, a stopień ich naprężenia i wypływające zeń czucie mięśniowe, będzie po staremu służyło, o ile wogóle zdolne to uczynić, do ocenienia bezwzględnej odległości widzianych przedmiotów. Musimy więc przyjąć, że rzeczywiste znaczenie także i tego czynnika, t. j. zbieżności, nie dozna istotnej dla widzenia bryłowatego zmiany przez utratę jednego oka, że więc będziemy go mogli wprowadzić w pełnej wartości do naszego wzoru.

Drugi czynnik ważny przy użyciu obydwu oczu, a służący do odróżnienia różnicy odległości rozmaitych punktów tego samego przedmiotu, czyli w ścisłem znaczeniu słowa t. zw. widzenie stereoskopowe polega na różnicy obrazów, powstających na obydwu siatkówkach. Powstaje ona w ten sposób i dlatego, że patrząc na jakiś blizki przedmiot, na którym osie wzrokowe się łączą *(conditio sine qua non)*, odbieramy właściwie dwa obrazy tego samego przedmiotu i to z dwu punktów widzenia i równocześnie. Okiem prawem spostrzegamy szczególnie lewą stronę przedmiotu, lewem natomiast odtwarzamy obraz ze strony jego prawej. Różnica między obydwoma obrazami, trzeba tu wyraźnie zaznaczyć, jest tak drobną, że wprost nie dochodzi nawet do naszej świadomości, a ma swój wyraz tylko w odczuciu różnicy rozmiarów głębokości. A ocenienie to jest w pewnych granicach, t. j. w niewielkiej odległości od oka, nadzwyczaj dokładne. Z odległości 340 mm. potrafił Helmholtz na trzech równolegle ustawionych igłach odróżnić różnicę wychylenia igły środkowej, wynoszącą $^1/_2$ mm. Ponieważ odległość środków jego źrenic wynosiła 68 mm., różnica więc położenia igły wysuniętej w obydwu obrazach siatkówkowych wynosiła $^1/_2 \cdot {}^{68}/_{340} = {}^1/_{10}$ milimetra. Szerokość zaś $^1/_{10}$ mm. w oddaleniu 340 mm. leży już na granicy najdrobniejszych dostrzegalnych odległości. Odpowiada ona kątowi widzenia o $60^1/_2$ sekundach kątowych, czyli 0,0044 mm. odstępu na siatkówce. Wynika z tego, że porównanie obrazów siatkówkowych obydwu ócz dla celów stereoskopowego widzenia jest możliwe tylko do tego stopnia, o ile jest możliwe odróżnienie najdrobniejszych odległości jednem okiem, czyli o ile bystrość wzroku wogóle na to pozwala.

Możność otrzymania obrazów stereoskopowych maleje jednak bardzo szybko z oddalaniem się przedmiotów, gdyż oczy nasze za mało są rozstawiane, aby obrazy utworzone z nieco tylko odleglejszych przedmiotów, mogły przedstawiać takie różnice, abyśmy je mogli zużytkować w celach stereoskopowego widzenia. Musimy to w ocenianiu straty pociągnąć w rachubę i przyznając w zupełności ważne znaczenie stereoskopowego widzenia dla ocenienia wymiarów głębokości przedmiotów blizkich, nie pominąć jednak milczeniem, cośmy już wyżej zaznaczyli, że porównanie obrazów perspektywicznych tego samego przedmiotu z rozmaitych punktów widzenia (a to właśnie stanowi istotę stereoskopowego widzenia) osiągamy również jednem okiem zapomocą ruchów głowy i ciała. Różnica polega jedynie na tem, że przy obuocznem patrzeniu możemy porównywać dwa obrazy istniejące równocześnie, podczas gdy patrząc jednem okiem, porównywać musimy obraz istniejący w danej chwili z obrazem przed chwilą widzianym i zachowanym w pamięci. Dodawać nie potrzeba, że drugi ten sposób jest mniej dokładny i wygodny, że wymaga osobnego ćwiczenia dla osiągnięcia należytej wprawy, aby mógł zastąpić pierwszy. Faktem jest jednak, że zastąpić go może, a to jest dla nas w tym razie najważniejsze, wskazuje bowiem, że utrata stereoskopowego widzenia obydwoma oczyma nie jest jednak ani tak dotkliwą, ani tak wielką, jakby się to napozór wydawać mogło. Dlatego też zupełnie jest słusznem, abyśmy dali wyraz temu w naszym wzorze i wprowadzili wartość na poczucie bryłowatości, uszczuplone o jeden czynnik (dwuoczne widzenie stereoskopowe) w takiej formie, aby ogólna wartość wzoru mniej na tem ucierpiała, niżby to temu ubytkowi pozornie odpowiadało. Przywodząc sobie na pamięć to, cośmy wyżej wywiedli, że *B.* możemy przyznać jeszcze mniejszy wpływ na widzenie wogóle, niż *P.*, któreśmy jako $\sqrt[3]{P}$. oznaczyli, sądzę, że stanie się zadość sprawiedliwości, jeżeli, pociągnąwszy także w rachubę to, cośmy o widzeniu stereoskopowem powiedzieli, wprowadzimy do wzoru wartość na poczucie bryłowatości, jako $\sqrt[5]{B}$.

Chcąc oznaczyć liczbowo $\sqrt[5]{B}$., musimy sobie przypomnieć czynniki, składające się na pełne poczucie bryłowatości.

Poczucie bryłowatości

A. Wyobrażenie odległości:

1) znajomość wielkości przedmiotu,
2) znajomość kształtu przedmiotu,
3) światłocień,
4) perspektywa powietrzna.

B. Postrzeganie odległości.

5) akomodacya,
6) postrzeganie przy ruchach głowy i ciała,
7) zbieżność (konwergencya),
8) dwuoczne widzenie stereoskopowe.

Widzieliśmy, że przy zupełnej utracie zdolności widzenia na jednem oku, pierwszych 7 nie doznaje żadnej zmiany, 8 zaś znika zupełnie. Ponieważ z ubytkiem jednego czynnika, jakeśmy to wykazali, nie zatraca się poczucie bryłowatości, lecz tylko uszczupla, stanowią one właściwie nie czynniki, lecz człony, których suma czyni pełnię poczucia bryłowatości. Z tego powodu z ubytkiem jednego z nich, t. j. $^1/_8$, pozostałe przedstawiają wartość $^7/_8$. Przeto przy utracie widzenia na jednem oku $B = \sqrt[5]{^7/_8}$.

Porównajmy teraz pełną wartość dwuocznego widzenia W_2, z wartością jednoocznego widzenia W_1.

Ogólny wzór na wartość wzroku brzmi:

$$W = N. \sqrt[3]{P}. \sqrt[5]{B}.$$

Ztąd zaś:

$$1)\ W_2 = 1 . \sqrt[3]{1}\ \sqrt[5]{1} = 1$$

$$2)\ W_1 = \sqrt[3]{\frac{5}{6}} \cdot \sqrt[5]{\frac{7}{8}} = 1 \times 0{\cdot}943 \times 0{\cdot}974 = 0{\cdot}916639.$$

Gdybyśmy to chcieli wyrazić w odsetkach, to uważając pełnię wzroku za 100, otrzymalibyśmy wartość wzroku po utracie widzenia na jednem oku = *92*%, czyli że rzeczywisty ubytek z *W.* wynosiłby *8*%.

Że ocenienie straty w wysokości 8% nie jest bynajmniej za nizkie, dowodzi tego codzienne doświadczenie i tysiące przykładów, na które własnemi patrzymy oczyma. Toż mnóstwo ludzi najrozmaitszych stanów i zawodów pracuje do późnej starości na rozmaitych stanowiskach jednem okiem równie dobrze i produkcyjnie, a nierzadko nawet lepiej, bo to przedewszystkiem od innych, czysto osobistych właściwości zależy, od wielu widzących obydwoma oczami. Zdaje mi się, że niema zawodu, któryby stawiał wyższe wymagania optyczne od zajęcia okulisty; a jednak sam znałem okulistów, którzy utracili jedno oko, a mimo to i nadal dzielnie spełniali swe obowiązki, wykonywali najcięższe i najdelikatniejsze operacye, sam widywałem ich wyniki i były doskonałe. Widzimy przeto, że zwykłe codzienne życie i doświadczenie nietylko że nie przeczy otrzymanemu zapomocą rachunku wynikowi, lecz owszem go popiera i dowodzi jego prawdziwości.

Jakaż tedy praktyczna korzyść tego obliczenia? Bardzo ważna i odrazu w oczy bijąca. Przedewszystkiem wyszliśmy ze sfery legend i operować obecnie możemy ilościami wiadomemi. Wiemy, że całkowita utrata widzenia na jednem oku powoduje utratę nie jakiejś niewymiernej i nieokreślonej ilości, lecz wyraźnie 8% ogólnego wzroku, i z tem musimy się liczyć wobec brzmienia §. 156 *a.* u. k., który powiada:

„Jeżeli zaś zbrodnia przyprawiła uszkodzonego: *a*) o utratę lub o trwałe upośledzenie mowy, wzroku albo słuchu, utratę zdolności płodzenia, jednego oka itd.".

Że ustawodawca przez wzrok rozumie całą zdolność widzenia, którą dany osobnik przed wypadkiem posiadał, nie może przecież ulegać żadnej wątpliwości. Pojęcie to jest dla ustawodawcy tak pewnem, że uważa za zbyteczne jakiekolwiek bliższe określenie. Dla niego jest zupełnie obojętnem, jak kto widział, ile widział, czy posługiwał się przytem jednem, czy dwoma oczyma; pyta tylko o to, czy widział i to nazywa wzrokiem. Jeżeli zaś nikomu nie wpadnie na myśl kwestyonować, że utrata wzroku odnosi się do całości i oznacza zupełne zniszczenie całej zdolności widzenia, jest dla mnie wprost niezrozumiałem, jak można mniemać, aby upośledzenie wzroku do czego innego, a nie do całej zdolności widzenia mogło się odnosić. Ponieważ zaś w prawidłowych fizyologicznych warunkach dla każdego jest to wzrokiem, co widzi obydwoma oczami, przeto jasnem jest, że zarówno utrata jak i trwałe osłabienie wzroku muszą stosownie do brzmienia ustawy odnosić się do całości, t. j. do wszystkiego tego, co widzimy obydwoma oczami. Znaczy to innemi słowy, że tylko takie upośledzenie wzroku możemy podciągnąć pod §. 156 *a.*, które trwale obniża zdolność widzenia na obydwu oczach, a nie na jednem tylko oku. Każdy przecież rozumie to doskonale, że ustawodawca wiedział bardzo dobrze o tem, że człowiek ma dwoje oczu, że ma je na to, aby niemi widział i że tak dobrze obydwa razem, jak i każde z osobna może być uszkodzone. Gdyby więc w intencyach ustawodawcy leżało podciągnąć pod ten paragraf upośledzenie widzenia na jednem tylko oku, nie znalazłby się z pewnością w kłopocie, jak to uczynić, i byłby to zupełnie wyraźnie w tym paragrafie zaznaczył. Przytaczając zaś poniżej „utratę jednego oka", wcale niedwuznacznie daje do zrozumienia, jakiego to rodzaju i stopnia uszkodzenia jednego oka pragnie podciągnąć pod ten paragraf. Oto tylko takie, które sprowadziły utratę jednego oka. Wszystkie inne, które nie pociągnęły tego skutku za sobą, poprostu tu nie należą (Rozbiór tego pojęcia „utrata jednego oka" będzie przedmiotem następnego artykułu).

A teraz skoro już pewnem jest, że upośledzenie wzroku odnosi się niewątpliwie do ogólnej zdolności widzenia obydwoma oczami, musimy się zapytać, czy każde trwałe upośledzenie wzroku można podciągnąć pod ten paragraf? — Sądzę, że i pod tym względem bardzo łatwo się porozumieć. Jeżeli ustawodawca dwa te pojęcia, t. j. „utratę lub trwałe osłabienie wzroku", stawia obok siebie, łączy jako współ- i równorzędne słówkiem „lub", a co najważniejsza, okłada takim samym wymiarem kary, określa tem samem wyraźnie stopień, do jakiego musi dochodzić upośledzenie wzroku, aby je można było podporządkować pod ten paragraf. Musi ono być znaczne, tak wielkie, aby się prawie równało zupełnej utracie wzroku i miało te same, co utrata wzroku następstwa, t. j. zupełną niezdolność do pracy zawodowej.

A ileż wynosi utrata wzroku przy zupełnem zniszczeniu widzenia na jednem oku? Obliczyliśmy, że 8% całości. Pozostało więc 92%, t. j. więcej, niż $^9/_{10}$ całego wzroku, t. j. tak wiele, że niema na świecie zajęcia, któregoby człowiek taki dokładnie wykonywać nie mógł. Nie może chyba ulegać najmniejszej wątpliwości, że to nie jest upośledzenie wzroku w rozumieniu §. 156 *a)* u. k. A jeżeli nawet całkowita utrata widzenia jednem okiem tu nie należy, to tembardziej upośledzenie tylko widzenia na jednem oku, gdzie utrata z całości musi wynosić mniej, niż 8%, — nie może stanowić upośledzenia wzroku w myśl §. 156 *a.)* u. k. Byłoby to tylko w tym szczególnym przypadku możliwe, gdyby uraz dotyczył człowieka, który już przedtem był ślepym na jedno oko, lub też miał na niem znaczniejszego stopnia niedowidzenie. Ale wówczas trzeba w orzeczeniu wyraźnie dodać, że uraz wywołał w tym szczególnym przypadku ten właśnie skutek, tylko dzięki szczególnej, osobistej właściwości uszkodzonego. Może się także zdarzyć, że skutkiem skaleczenia jednego oka wystąpi współczulne zapalenie na drugiem oku. Ze względu na groźne następstwa takiego stanu rzeczy należy i w takim razie wydać orzeczenie w kierunku trwałego upośledzenia wzroku. Co więcej, nie wahałbym się nawet w takim razie zwrócić uwagę sądu na możliwość trwałego upośledzenia wzroku, gdyby istniała uzasadniona tylko obawa

wystąpienia współczulnego zapalenia na drugiem oku. n. p. przy długotrwałem i nie cofającem się zadrażnieniu uszkodzonego oka, lub w razie obecności w niem ciała obcego. I tu więc, jak wszędzie indziej, wyjątki stwierdzają regułę, ale stanowią zarazem poważną przestrogę, aby jak ognia strzedz się szablonu, lecz ściśle indywidualizować, a przedewszystkiem dokładnie i sumiennie b a d a ć. Dobre badanie jest pierwszym, nieodzownym i najważniejszym warunkiem należytego i wszechstronnego zrozumienia danego przypadku, ono jedynie stanowi podstawę bezstronnego i trafnego ocenienia i prowadzi do sprawiedliwego i jasnego orzeczenia.

Rozpatrując nader szczupłe niestety pod tym względem piśmiennictwo, zetknąłem się z zapatrywaniem ś. p. prof. H a l b a n a, którego zdanie w tym względzie, nie mówiąc już o poważnem jego stanowisku w medycynie sądowej, jest tembardziej cenne, że H a l b a n był z zawodu okulistą, a następnie profesorem medycyny sądowej. W zbiorowem dziele M a s c h k i [1]) oświadcza się H a l b a n (Blumenstock) stanowczo za tem, że trwałe osłabienie wzroku w rozumieniu §. 156 *a.)* u. k. może się odnosić tylko do całego wzroku, t. j. do obydwu oczu i powiada nadto dosłownie na str. 126 pierwszego tomu: „Trwałe osłabienie wzroku musi być znaczniejsze, dosięgać wysokiego stopnia, musi prawie równać się utracie wzroku, z którą je zresztą ustawodawca na jednem stopniu stawia, ono musi czynić uszkodzonego, jeśli niezupełnie, to przynajmniej w znacznej części niezdolnym do pracy zawodowej. Skoro trzymać się będziemy tego probierza, nie pomylimy się nigdy w ocenieniu trwałego osłabienia wzroku; inaczej będzie miało nader chwiejne pojęcie „osłabienia", bardzo szerokie granice, i może się stać szczególnie w ręku niespecyalisty wprost niebezpiecznem narzędziem". Chcąc zaś dać wyraz temu, jak bardzo przeceniana bywa ważność dwuocznego stereoskopowego widzenia, przytacza zamiast wszelkiej odpowiedzi słowa D o n d e r s a [2]): „Ocenianie odległości i bryłowatości przedmiotów jest również dość dokładne *(ziemlich vollkommen)* przy użyciu tylko jednego oka. Należy to koniecznie przypomnieć, ponieważ piękne odkrycie W h e a t s t o n e a uznaje się częstokroć za tak ważne, że się w końcu prawie zapomina o tem, co samo jedno oko zdziałać może *(was ein einziges Auge leisten kann")*. Opierając się na powadze H e l m h o l t z a i własnem doświadczeniu, możemy tu dodać, cośmy już wyżej wykazali, że poczucie bryłowatości przy użyciu jednego oka może być nietylko „dość dokładne", ale nawet „bardzo dokładne".

Powyższe przedstawienie rzeczy, które starałem się uczynić treściwem i przedmiotowem, nie będzie może bez znaczenia dla osiągnięcia jednomyślności przynajmniej między lekarzami sądowymi w sprawie, która bywała nader często powodem licznych sprzeczności i nieporozumień. Leży to bez najmniejszej wątpliwości w interesie powagi orzeczeń sądowo-lekarskich, aby one w jednej i tej samej sprawie wypadały zgodnie, a nie przeczyły sobie wzajemnie. Zyska na tem nietylko powaga, lecz i sprawiedliwość. Że tak się dotychczas, co do sprawy nas tu obchodzącej, nie działo, wina nie leży zaprawdę po stronie lekarzy, lecz szukaćby jej raczej należało w stylizacyi §. 156 *a.)* u. k. Sądzę, że każdy lekarz wybrnąć może łatwo z tych trudności, jeżeli trzymać się będzie zasad wyżej przedstawionych i stać będzie twardo przy tem, że ustawa nie zna wcale pojęcia „upośledzenia wzroku na jednem oku", — lecz tylko „upośledzenie wzroku w ogólności", — co nigdy do jednego, lecz tylko do obydwu oczu odnosić się może. A to są rzeczy, jakeśmy to widzieli, zupełnie różne i wcale nie równorzędne.

Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby sfery rozstrzygające zwróciły na to swoją uwagę i przy układaniu nowego kodeksu karnego odpowiednio zastosowały. Już przed 29 laty nawoływał do tego prof. H a l b a n [1]) z tem skromnem zastrzeżeniem, aby orzeczenia znawców, których ustawodawca do rady powoła, nie złożono jako cennego materyału — do aktów. (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) M a s c h k a: Handbuch der gerichtlichen Medicin. Band I. Tübingen, 1881

[2]) D o n d e r s: Die Anomalien der Refraction und Accomodation des Auges. Wien 1866, p. 136.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

O łamliwości żeber u obłąkanych.

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

(Dokończenie).

Przytoczeni dotychczas autorowie z wyjątkiem W a g n e r a, wprowadzają w sposób mniej lub więcej stanowczy łamliwość żeber u obłąkanych w przyczynowy związek z rozmiękczeniem kości. W a g n e r natomiast, nie zaprzeczając, że kości uległe rozmiękczeniu cechuje szczególna kruchość, podnosi pierwszy, że w większości przypadków łamliwość żeber jest wynikiem sprawy zanikowej. Nie brak też w piśmiennictwie mniej lub więcej dokładnych opisów nadmiernie łamliwych żeber, w których stwierdzono sprawę zanikową, jako przyczynę kruchości.

Badania starszych autorów (O r m e r o d, L. M e y e r, D i c k s o n, B i a u t e, W i g l e s w o r t h) nie są we wszystkich przypadkach dość dokładne, podobnie jak i opisy C a m p b e l l a (1895); natomiast wielką ścisłością odznaczają się prace D m i t r e w s k i e g o (1895) i E. M e y e r a (1897), którzy potrafili oddzielić rozrzedzenie od rozmiękczenia kości na podstawie szeregu badań mikroskopowych.

O r m e r o d [31]) badał mikroskopowo żebra obłąkanych w dwóch przypadkach (szaleństwo i niedołęztwo porażenne) i zwrócił uwagę przedewszystkiem na ziarnistość istoty kostnej; ziarnistość ta nie ulegała zmianie pod działaniem eteru i benzyny, ustępowała natomiast przy użyciu rozcieńczonego kwasu solnego. Zziarnienie to występowało zwłaszcza wybitnie w blaszkach otaczających przewody Hawersa, przyczem blaszki te często odstawały od siebie.

Istota kostna w wielu miejscach uległa wessaniu przy równoczesnem pojawieniu się tkanki tłuszczowej, która w kościach prawidłowych tylko w szpiku się pojawia. Jako charakterystyczną cechę obrazu mikroskopowego uważa O r m e r o d znaczne rozszerzenie przewodów Hawersa.

L. M e y e r [32]) opisał jeden przypadek, w którym żebra 55-cio letniej kobiety zdradzały przy sekcyi nadmierną kruchość tak, że dawały się łatwo giąć i łamać bez użycia znaczniejszej siły; za życia w tym przypadku ani jedno żebro nie było złamane.

Badaniem mikroskopowem stwierdził L. M e y e r wogóle znaczne rozszerzenie, a miejscami zatokowate rozdęcie

[1]) Gerichtshalle 1873. Nr. 39.

[31]) O r m e r o d. Observ: on a peculiar cond. of the bones etc. (Jour. of Ment. Sc. XVI. 1871).

[32]) L. Meyer: Mitth. üb. einen Fall von en. Atrophie d. Ripp. eines Geisteskr. (Virch. Arch. 1871).

przewodów Hawersa, obok dość grubej błony, napojonej kropelkami i ziarnkami tłuszczu; szpik kostny zawierał ciałka krwi, znaczną ilość tłuszczu i w znacznej ilości ciałka kostne nie zmienione. L. Meyer uważa łamliwość żeber u obłąkanych za wynik ich upośledzonej czynności oddechowej.

Dickson[33]), który opisał jeden przypadek nadmiernej łamliwości żeber u porażonego, nie stwierdził znamion rozrzedzenia kości, tylko nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej, i uznał całą sprawę za proste zwyrodnienie tłuszczowe.

Biaute[34]) podaje następujący wynik badania mikroskopowego żeber jednego porażonego: w szpiku kostnym, istocie gąbczastej i korowej zmiany patologiczne polegały na bujaniu tkanki tłuszczowej i pojawieniu się kropelek tłuszczu w wielu miejscach; istota kostna zbita i ścieńczona bardzo znacznie; wogóle nie znalazł Dickson zmian w unaczynieniu, nie było także ani zapalenia, ani ropienia.

Wiglesworth [29]) badał żebra 30 obłąkanych i 8 umysłowo zdrowych w skrawkach odwapnionych, barwionych pikrokarminem i stwierdził, oraz dokładnie oznaczył pomiarami, rozszerzenie przewodu szpikowego z jednej, a ścieńczenie istoty korowej z drugiej strony. W ośmiu żebrach umysłowo zdrowych grubość kory wynosiła średnio 0 59 mm średnia otrzymana z 175 pomiarów kory żeber obłąkanych (w tych samych miejscach) równała się tylko 0·32 mm., w jednym przypadku ścieńczenie to dochodziło do 0·25 mm. Dalej stwierdził Wiglesworth w istocie zbitej powstawanie zatok i jam różnych kształtów i wielkości, a jamy te powstawały w następstwie wessania systemów Hawersa i często zlewały się z sobą.

Campbell [15]) badał żebra 58 obłąkanych i 50 umysłowo zdrowych i stwierdził u obłąkanych ścieńczenie istoty korowej, rozszerzenie przewodów Hawersa, bardzo szeroką sieć cienkich beleczek w istocie gąbczastej, a wreszcie znaczną ilość tłuszczu w szpiku. Łamliwość żeber badał Campbell przy pomocy przyrządu specyalnie zrobionego w tym celu przez Dra Merciera; w przyrządzie tym ucisk na żebra wykonywa się za pomocą śruby, a stopień ucisku mierzy odpowiednio umieszczona sprężyna spiralna. Ogólne wyniki, do jakich doszedł Campbell, są następujące: elastyczność i wytrzymałość żeber maleje w ogóle od 35 roku życia, przyczem siła żeber kobiecych jest wogóle prawie o połowę mniejsza od siły żeber mężczyzn (przeciętną wytrzymałość zdrowego żebra podaje Campbell na 66 funt. ang.) żebra osób umysłowo zdrowych, zmarłych na choroby przewlekłe, nie wyniszczające, lub choroby ostre, są nieco słabsze od żeber prawidłowych; jeszcze słabsze są żebra zmarłych skutkiem chorób przewlekłych, wyniszczających i żebra obłąkanych. — z tych zaś największą łamliwość zdradzają żebra chorych na niedołęztwo starcze *(dementia senilis)*, następnie zaś żebra porażonych (siła ich spada do 14 funt. ang. i niżej).

Dmitrewskij[35]) w Petersburgu badał żebra 8 umysłowo zdrowych i 23 umysłowo chorych, z tego 10 porażonych (8 m. 2 k.), 1 k. z obłędem ostrym, 7 z niedołęztwem wtórorzędnem (1 m. 6 k.), 2 k. z niedołęztwem starczem, 1 z pomięszaniem umysłu, 2 z zadumą (1 m. 1 k.). Wytrzymałość żeber oceniał Dmitrewskij z oporu, jaki stawiały przy przecinaniu nożycami i znalazł, że na 10 przypadków niedołęztwa porażennego, trzy razy żebra krajały się bardzo trudno, cztery razy dość łatwo; trzy razy nienormalnie łatwo; w siedmiu przypadkach *dementia consecutiva*, sześć razy żebra krajały się dość łatwo, a raz szczególnie łatwo — gnąc się „jak karton"; w dwóch przypadkach niedołęztwa starczego, jeden raz żebra krajano dość łatwo, raz łatwo „jak chrząstkę"; w dwóchprzypadkach zadumy żebra krajały się w pierwszym przypadku trudno, w drugim dość łatwo; w dwóch przypadkach pozostałych krajano żebra dość łatwo.

Zestawiając wyniki Dmitrewskiego widzimy, że na 23 przypadków stwierdził on 5 razy nieprawidłowy brak wytrzymałości żeber (z czego 3 razy u porażonych).

Co do zmiany grubości istoty korowej żeber, obliczywszy średnią arytmetyczną z kilkudziesięciu jego pomiarów, otrzymujemy u umysłowo chorych przeciętną grubość kory wahającą się między 0·39 a 0·08 mm., podczas gdy te same liczby u umysłowo zdrowych wynoszą 0·60 — 0·18. W obliczeniach tych nie uwzględniłem 2 przypadków w których przy znacznej kruchości żeber znalazł Dmitrewskij miejscami zgrubienie kory skutkiem kostniejącego zapalenia okostnej. Z liczb tych widzimy, że grubość istoty korowej żeber u obłąkanych jest prawie o połowę mniejszą, niż u umysłowo zdrowych (w X przyp. Dmitrewskiego dochodziła ona do 0·04 mm). Dalsze wyniki badań Dmitrewskiego dadzą się streścić jak następuje:

1) W tkance kostnej umysłowo chorych, oprócz właściwych zjawisk rozrostu, spotyka się w wielu przypadkach głębokie zmiany destrukcyjne, występujące najczęściej stosunkowo u porażonych, które wywołują nadmierną kruchość żeber.

2) Wejrzenie makroskopowe żeber łamliwych jest niejednakie i dla ich stanu patologicznego zupełnie nie charakterystyczne; w bardzo rzadkich tylko przypadkach bywa już za życia spostrzeżone zniekształtnienie kośćca, jako objaw ich łamliwości. Dmitrewskij opisuje jeden tylko swój przypadek (XVI), w którym już za życia rozpoznano rozwijające się rozmiękczenie kości na podstawie poprzedzających uporczywych bolów. Rozpoznanie to potwierdziła sekcya, przy której żebra gięły się bardzo łatwo, a nożycami można było je krajać „jak karton".

3) Zmiany mikroskopowe, spostrzegane w przypadkach patologicznego stanu kości, nosiły wogóle znamię zaniku, t. j. sprawa była destrukcyjną, prowadzącą do zniszczenia tkanki kostnej bez jakiegokolwiek nowotworzenia pierwiastków, a zmiany spotykane były dwojakiego rodzaju: *a*) Zmiany te przedstawiały się jako wzmożone jamkowate (lakunarne) lub liniowe wessanie, w czasie którego ulegało wchłonieniu organiczne podścielisko tkanki kostnej, przy równoczesnem znikaniu soli wapiennych, aż do zupełnego zniszczenia kości. *b*) Zmiany te przedstawiały się jako poprzedzająca *halisteresis ossium*, to jest jako sprawa, przy której z początku ulegają wessaniu tylko sole wapienne, a organiczne podścielisko tkanki kostnej pozostaje przez czas jakiś bez zmiany i dopiero później ulega zmianom wstecznym, a wreszcie wessaniu.

Ta *„halisteresis ossium"* jest zdaniem Dmitrewskiego zwyczajną postacią rozmiękczenia kości *(osteomalacia,)* a różni się od niej jedynie umiejscowieniem. Gdy bowiem przy zwykłem rozmiękczeniu kości wessanie soli wapiennych zaczyna się od obwodu, to w przypadkach Dmitrewskiego występowało także w środku kości.

Co się tyczy szpiku kostnego, to przedstawiał on czasem obraz przemiany śluzowej, przy czem ilość komórek tłuszczowych była widocznie zmniejszoną: w znacznej części przypadków jednak szpik ulegał przemianie tłuszczowej lub „limfoidalnej", często widoczne w nim były osteoklasty *(myeloplaksy)* na granicy zmienionej tkanki kostnej.

Naczynia, znajdujące się w szpiku (o ile on nie był śluzowo zmienionym), bywały zwykle silnie rozszerzone i „nabite" czerwonemi ciałkami krwi; często spotykał Dmitrewskij rozsiane po szpiku kupki bezpostaciowego szaro-żółtego barwika, które uważa za przeobrażone wynaczynionki.

Te spostrzeżenia Dmitrewskiego przemawiają za teoryą Rindfleischa *(Handb: der path: Gewebelehre)*, który za powód wessania soli wapniowych w kościach u obłąkanych uważa przekrwienie zastoinowe w naczyniach krwionośnych szpiku, a powstawanie przekrwienia przypisuje nieprawidłowemu unerwieniu naczyń.

[33]) Dickson — według Virchow u. Hirsch. Jahresber. II. 1872.

[34]) Biaute: De la paral génér. etc. (Annal. méd. psychol XVI 1876).

[35]) Dmitrewskij: K'woprosu o patologo anatomiczeskich izmieneniach kostiej u duszewno bolnych. (Dyssert. dokt. Petersburg, 1895).

Wszystkich opisanych powyżej zmian nie stwierdził Dmitrewskij w 8 żebrach umysłowo zdrowych, badanych dla kontroli.

Do wyników podanych przez Dmitrewskiego zbliżone są w ogólnych zarysach wyniki badań E. Meyera[36]), przeprowadzonych w zakładzie patologicznym prof. Ortha w Getyndze w roku 1897.

E. Meyer badał mikroskopowo i chemicznie żebra tak umysłowo zdrowych, jak i chorych w 27 przyp. i oznaczał ich kruchość i łamliwość uciskiem ręki; sposób ten, jak autor twierdzi, chociaż tak pierwotny, doprowadza przecież do dostatecznie dokładnych wyników.

Wyniki te są w ogólnych zarysach następujące:

1) Siła żeber u osób umysłowo zdrowych maleje z wiekiem, a zmniejsza się wybitnie skutkiem przewlekłych wyniszczających chorób.

2) Żebra kobiet są w ogóle bardziej spłaszczone a skutkiem tego słabsze od żeber mężczyzn (Stosunek grubości do szerokości żeber m wynosi 1 : 3; ten sam stosunek w żebrach k. równa się 1 : 2 — 2½).

3) Żebra obłąkanych są wogóle znacznie kruchsze, aniżeli żebra umysłowozdrowych; w 11 przyp. niedołęztwa porażnego stwierdził E. Meyer 4 razy średnią kruchość żeber; w jednym badanym przypadku zadumy znalazł nadmierną kruchość; w 7 przyp. pomięszania przewlekłego kruchość była 3 razy średnia, 1 raz wybitna; w 8 przypadkach niedołęztwa umysłu (bez porażeń) żebra były 3 razy średnio, 5 razy nadmiernie kruche.

Zestawiając wyniki Meyera widzimy, że na 27 przypadków znaleziono prawidłową siłę żeber . . 10 razy
średnią kruchość . . . . 10 „
nadmierną kruchość . . . 7 „

W badanych 27 przyp. znalazł E. Meyer 4 razy złamania żeber w części zagojone, w części świeższe.

4) Badanie drobnowidowe w 27 przyp. E. Meyera stwierdziło raz tylko wyraźne cechy rozmiękczenia kości (u kobiety z pomięszaniem umysłu), a choroba ta była zdaniem autora tylko przypadkową; natomiast w reszcie przypadków znalazł Meyer tylko zwykły zanik prosty, który już makroskopowo zdradzał się rozrzedzeniem *(rareficatio)* istoty kostnej. Powodem tego zaniku nie była zdaniem E. Meyera wzmożona wessalność, ile raczej ta okoliczność, że sprawa wzrostu (*appositio*) nie szła równomiernie z sprawą wsysania istoty kostnej (reserptio).

W dalszym ciągu swej pracy Meyer, chcąc przedstawić kruchość żeber o ile możności liczbami, przeprowadził szereg badań chemicznych, a badania takie przeprowadzili już przed nim w r. 1871 Rogers i Brown, a w 1889 Konstantynowskij[14]), którego praca jest E. Meyerowi nieznaną. Rogers i Brown[37]), badając chemicznie żebra 3 porażonych, stwierdzili z jednej strony, że stosunek składników organicznych do nieorganicznych był znacznie większym, natomiast stosunek wapna do kw. fosforowego był znacznie mniejszym, niż u osób młodych, nie dotkniętych chorobą umysłu.

Podobne wyniki otrzymał Clouston przy rozbiorze chemicznym żeber porażonego. Oznaczył on zmniejszenie zawartości soli wapiennych na 10% (według Dmitrewskiego).

Wyniki badań E. Meyera podobne są zupełnie do wyników rozbioru chemicznego kości chorych, zmarłych na wiąd rdzenia; kości takie badał Regnard[38]) i stwierdził, że nieorganiczne ich składniki są znacznie zmniejszone (24·2%), natomiast reszta składników organicznych składa się prawie w połowie z tłuszczu.

E. Meyer oznaczył ilość popiołu i tłuszczu w 17 żebrach obłąkanych i 7 umysłowo zdrowych i znalazł, że (przy tej samej wadze):

żebra o sile prawidłowej zawierały przeciętnie 57·1% popiołu
„ o średniej kruchości „ „ 47·9% „
„ nadmiernie kruche „ „ 34·8% „

Wyniki te nasuwają same przez się pytanie, co w takich kruchych żebrach zastępuje miejsce tego popiołu? czy istota klejodajna, czy też szpik w przeważnej części złożony z tłuszczu? Na pytanie to odpowiedział E. Meyer oznaczeniem tłuszczu żeber w przyrządzie Soxletha, a oznaczenie to doprowadziło go do wniosku, że w miarę jak ilość popiołu maleje, ilość tłuszczu wzrasta, czyli że tłuszcz zastępuje ubytek popiołu; takie same wyniki daje badanie kości umysłowo zdrowych, uległych zanikowi z jakiegokolwiek innego powodu.

Streszczając w krótkości wyniki badań klinicznych i anatomopatologicznych, przeprowadzanych w sprawie łamliwości żeber u obłąkanych przez starszych i nowszych autorów, dochodzimy do następujących wniosków:

I. Żebra obłąkanych w ogóle są kruchsze, niż żebra umysłowo zdrowych, przy czem tak u jednych, jak i drugich siła żeber maleje z wiekiem, a jest mniejszą u kobiet, aniżeli u mężczyzn.

II. Kruchość żeber u obłąkanych odpowiada kruchości ich u osób umysłowo zdrowych, zmarłych na choroby przewlekłe, wyniszczające.

III. Najwybitniejszą stosunkowo kruchość żeber spotyka się u obłąkanych, zmarłych skutkiem niedołęztwa umysłu starczego i niedołęztwa porażnego postępującego; w drugim przypadku kruchość ma znaczenie zmiany neuroodżywczej, wywołanej prawdopodobnie zaburzeniami w nerwach odżywczych, względnie naczynioruchowych.

IV. Tak zwana „łamliwość żeber u obłąkanych (*Rippenbrüchigkeit* niemieckich autorów) nie jest zmianą ani swoistą ani jednolitą, ale polega na 2 klinicznie i anatomicznie różnorodnych sprawach, których zewnętrzną wspólną tylko cechą jest kruchość żeber.

V. Pierwszą taką sprawą, stosunkowo rzadszą, a zwykle za życia zapoznaną, jest rozmiękczenie kości, które niejednokrotnie chorobie umysłowej towarzyszy, względnie pozostaje w przyczynowym z nią związku.

VI. Drugą sprawą, wywołującą najczęściej nadmierną kruchość, a w następstwie i łamliwość żeber u obłąkanych, jest zanik prosty odśrodkowy, który wywołuje rozrzedzenie kości i występuje stosunkowo najczęściej u porażonych.

VII. Wobec stwierdzonej łamliwości żeber u obłąkanych nieznaczny stosunkowo uraz może już wywołać złamanie żeber. Urazu takiego doznawać mogą chorzy czyto skutkiem upadku, czy też pobicia przez innych chorych lub dozorców, a za jedyny środek zapobiegawczy uważać należy unikanie przepełnienia, odpowiednie urządzenie zakładu, pozwalające na dokładny rozdział chorych spokojnych od niespokojnych, sumienny i ludzki dozór, wykonywany przez dostateczną liczbę dobrze płatnej i wyuczonej służby, zostającej pod ustawiczną kontrolą lekarzy.

Sposoby wprowadzenia w czyn odpowiednich reform są zadaniem sfer rozstrzygających w zarządzie zakładów. Że zadanie to nie jest łatwem, świadczą słowa Guddena: „Die Aufgabe ist eine schwierige und wird, was in der im grossen Ganzen sich gleichbleibenden Natur der Menschen und der an sie herantretenden Versuchungen liegt, für immer eine schwierige bleiben“.

[36]) E. Meyer: Über Rippenbruche bei Geisteskr. (Arch. f. Psych. XXIX. 1897).

[37]) Rogers i Brown: według Jour. of Ment. Sc. 1871.

[38]) Regnard: Gazette médicale de Paris 1880.

V. Wyciągi.

Neisser. **O świerzbieniu i chorobach skórnych świerzbiących.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts*, Z. X, 1902). Nieraz chorzy nie są w stanie określić odczuwanego świerzbienia; wtedy należy się pytać, czy doznawane uczucie wywołuje potrzebę drapania. Wogóle można rozróżnić trzy rodzaje świerzbienia: 1. świerzbienie w skórze zdrowej z powodów czysto zewnętrznych, jak np. pasorzyty zwierzęce, które w nakłótą skórę wpuszczają ciecz drażniącą. Tak samo działają włoski niektórych

gąsienic i roślin (pokrzywa), a w lasach, gdzie dużo znajduje się gąsienic, latające w powietrzu ich włoski, padając na skórę, wywołują świerzbienie i podrażnienie. Lecz są ludzie uodpornieni przeciw ukąszeniu wszelkich gatunków, albo przynajmniej pewnego gatunku pasorzytów. 2. Właściwy świąd *(pruritus)* wywołują przyczyny wewnętrzne, jak cukrzyca, często żółtaczka, dna, moczniea, niekiedy chłoniaki, raki i t. p. Szkodliwe wytwory tych stanów patologicznych, krążące we krwi, wywołują świąd; czasem powstaje on po zażyciu makowca, morfiny, kawy, herbaty, wyskoku i t. p. u osobników, posiadających idyosynkrazyę przeciw tym substancyom. Na szczególną uwagę zasługuje świąd u morfinistów, a szczególnie u kokainistów. Tu należy także świąd z powodu pierwotnych chorób nerwowych, jak podrażnienia rdzenia, porażenia ogólnego, choroby Basedowa, pląsawicy, macinnicy, niedomogi nerwowej, chorób umysłowych i t. d. Czasami świąd stanowi najważniejszy objaw tych chorób i chorzy cierpią na formalny obłęd skrobania się (dermatothlasia), z którym nie kryją się nawet w najlepszych towarzystwach, zadając sobie skrobaniem głębokie rany. Świąd należy również uważać za nerwowy, jeśli pozostaje po chorobach, połączonych z świerzbieniem, kiedy właściwa przyczyna dawno już znikła, jak to często spotykamy po świerzbie, szczególniej u osób nerwowych. Najlepiej zatem każdemu choremu na świerzb zapowiedzieć z góry, że świerzbienie nie zniknie bezpośrednio po leczeniu. Świąd zdaje się być z przyczyny odruchowej, jeśli występuje podczas ciąży w przebiegu chorób macicznych i jajnikowych, tasiemca, kamicy żółciowej i t. p. Również odruchowej przyrody jest t. zw. »*pruritus mentis*«, występujący u wielu osób, jeśli się mówi o pasorzytach i chorobach, połączonych z świądem, lub gdy się obawiają, że przez dotknięcie się ludzi niechlujnych sami się zanieczyścili. U osób nerwowo obciążonych wystarczy mniemanie, iż nabyli choroby świerzbiącej, by rzeczywiście odczuwać gwałtowny świąd, a przekonanie to może przejść w formalny obłęd. Do tej grupy należą także *pruritus hiemalis* i *aestivalis*, jakoteż *pruritus senilis*, w którym zubożenie skóry w tłuszcz, ustanie pocenia się i utrata prężności mają może znaczenie etyologiczne. 3. Do trzeciej grupy zalicza autor następujące choroby skórne świerzbiące: wyprysk, bąblicę, *dermatitis lichenoides*, czyli t. zw. *neurodermitis* autorów francuskich, liszaj czerwony, niektóre okresy łuszczycy i t. d.; następnie różne postacie pokrywki, ognik, świerzbiączka. Pokrzywkę uważa N. za nerwicę naczynioruchowo-wydzielniczą.

Leczenie wymaga przedewszystkiem dokładnego zbadania wewnętrznego i zewnętrznego i uwzględnienia stwierdzonych przyczyn. Jednak równocześnie z leczeniem przyczynowem musimy często leczyć i świąd, na który chorzy nieraz gwałtownie cierpią. Tu przedewszystkiem równomierna ciepłota skóry jest pożądaną; u wielu osób bowiem każda zmiana ciepłoty wywołuje świerzbienie i dlatego przez cały dzień nie doznają tego uczucia, aż dopiero wieczorem, gdy się rozbierają, a po rozegrzaniu się w łóżku świerzbienie tak się potęguje, że chorzy przez kilka godzin nie mogą zasnąć. Tacy ludzie powinni się rozebrać w dobrze ogrzanym pokoju i wdziać na siebie ogrzaną bieliznę nocną; łóżko nie powinno być zbyt ciepłe, podkładanie pierzyn i przykrywanie się niemi nie jest stosowne; dobrze jest natychmiast po rozebraniu się zmyć ciało, lub zastosować maści usuwające świąd. Do tego poleca N. następujące pędzlowanie: Rp. *Flor. zinci, Talc. venet., Glycerini, Aquae aa 25·0, Liq. carbon. deterg. anglic. 5—10·0, Ichtyol. 3·0—5·0—10·0.* Powstaje suchy nalot, który łatwo można usunąć ciepłą wodą, wyskokiem lub złotym kremem. Maści zaś z następową posypką polecają się u chorych, mających skórę suchą, łamliwą albo starczą i skąpą w tłuszcz, lub też podrażnioną sprawami zapalnemi. Taką maścią chłodzącą może być: *Lanolini lub Alapurini 35·0, Liq. alumin. acet. 5·0, (albo w stosunku 30·0 do 10·0).*

Leki uśmierzające świerzbienie są: 1. mentol, który z początku należy stosować tylko w 1—2% rozczynie wyskokowym, lub w maściach, gdyż ogólne wcierania o zawartości większej, niż 2% mentolu wywołuje często bardzo przykre uczucie ziębienia z następowem uczuciem gorąca. 2. Kwas karbolowy (1—3%), którego u dzieci nie należy stosować. 3. Naftol i wytworzoną z niego epikarynę (5% maści). 4. Kwas salicylowy w 2—5 aż do 10% maściach, lub w 1—5% rozczynach wyskokowych, i 5. *tinctura rusci* najlepiej z chloroformem (1: 10). Można też różne środki ze sobą łączyć; autor poleca n. p. maść następującą: Rp. *Menthol., Chlorali hydrat., Camphor. tritae* (ewentualnie jeszcze *Acid. carbol.) aa 5·0 M. tere exatiss. fiat cum Vaselino ad 100·0—50·0 ungt.* Jeśli skóra tkliwa poleca jako środek łagodzący *oleum Tumenoli* w znaczeniu 5—10% dodatku do past cynkowych.

Kąpiele w świerzbieniu są bardzo często pożyteczne, lecz o jakiej ciepłocie i z jakimi dodatkami, należy w każdym przypadku wypróbować; to samo tyczy się wszelkich zabiegów leczniczych. Dobre skutki wywierają kąpiele z bezwodnikiem kwasu węglowego, o ile zaś różne sposoby elektryzowania w uporczywych przypadkach są skutecznymi, nie jest rzeczą ustaloną. Najważniejszym zadaniem jest wogóle usuwanie napadów świądu przed zaśnięciem i dlatego nieraz musimy się uciec do wewnętrznych środków uspokajających i nasennych. Jako taki poleca autor połączenie bromu z antypiryną, które według jego zdania w wszelkich przypadkach świerzbienia i chorób skórnych świerzbiących wywiera wpływ wprost swoisty, lecz potrzebne są odrazu większe dawki: *Natrii bromati 4·0—6·0, Antipiryni 1·5—3·0* zapisane w płynie, który chory musi wyżyć w ciągu późniejszych godzin popołudniowych i wieczornych. Jeśli to nie pomaga, należy wymuszać sen energicznemi dawkami tryonalu, wodnika chloralu i t. d. Naturalnie, że trzeba unikać wszelkich potraw i napojów podniecających, szczególnie wyskoku, kawy, herbaty i t. p. i namiętnego palenia. U wychudłych zaś jest wskazanem tuczenie.

Dr. Fels.

Ageron (Hamburg). **Kilka uwag rozpoznawczo-leczniczych o wrzodzie żołądka.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 30, 1902 r.). Przeglądając nowsze publikacye, traktujące o chorobach żołądkowych, można zauważyć, że w szeregu przedmiotowych objawów wrzodu żołądka nadmiar kwasoty *(hyperaciditas)* zajmuje pierwszorzędne miejsce. Również nie da się zaprzeczyć, że z tej zasadniczej reguły zdarzają się nie rzadko wyjątki; sam autor spostrzegał na 35 przypadków wrzodu żołądka 5, w których stwierdzono zupełny brak kwasu solnego, a w ostatnim roku nadarzył mu się jeden przypadek z brakiem kwasoty i wszelakich enzymów. (Dodać zresztą należy, że rozpoznanie wrzodu potwierdziła później wykonana gastroenterostomia). Przy tem wszystkiem dziwnem się wydaje, że dotychczas przy badaniu podobnych przypadków nie zwrócono uwagi na ruchową czynność żołądka, okoliczność, którą autor tłómaczy w ten sposób, że na zasadzie dzisiejszych zapatrywań wrzód żołądka tylko wówczas pociąga za sobą znaczniejsze zmiany w zakresie ruchowym, jeśli w części odźwiernikowej wytworzyło się zwężenie z następową rozstrzenią żołądka. Że ta ostatnia jest tylko objawem następowym jakiejś anatomicznej zmiany w odźwiernikowej części żołądka albo w dalszym ciągu dwunastnicy, lub wreszcie zrostów z sądziedztwem, to chyba już nie ulega najmniejszej wątpliwości. Tę jednak „anatomiczną“ rozstrzeń należy odróżnić od innej „fizyologicznej“, wytworzonej skutkiem pierwotnego zwiotczenia, lub przewlekłych nieżytowych spraw zapalnych błony śluzowej żołądka. Zasadnicza różnica między temi dwiema rozstrzeniami polega na tem, że w „fizyologicznej“ jedynie wydolność ruchowa żołądka jest upośledzona, podczas gdy w anatomicznej treść pokarmowa zawsze tak długo zalega w żołądku, że o zupełnem jego wypróżnieniu mowy być nie może (Cohnheim, Boas). Mniemanie zaś, że wrzód żołądkowy tylko wówczas prowadzi do upośledzenia czynności ruchowej, gdy się wytworzyły zwężenie i rozstrzeń, nie wytrzymuje krytyki, albowiem autor stwierdził zaburzenia ruchowe w czynności żołądka w przypadkach, gdzie wrzód znajdował się na krzywiźnie małej lub na tylnej ścianie żołądka, a więc w miejscach, które w żaden sposób nie mogą być powodem zwężenia. Wrzód więc działa podobnie, jak ciało obce: swem ustawicznem drażnieniem podtrzymuje trwałe wydzielanie się soku żołądkowego, skutkiem czego przychodzi do nadmiaru kwasoty, a przez to do odruchowego skurczu odźwiernika (Cohnheim, Ageron). Z tego wynika, że w przypadkach podejrzanych o wrzód żołądka, szczególnie w okresie, w którym jeszcze nie przyszło do zwężenia części odźwiernikowej, lub ta zupełnie się nie wytworzy z powodu innego usadowienia się wrzodu, może właśnie ścisłe badanie (zgłębnikiem) ruchowej siły żołądka rozpoznanie uzupełnić.

Co się tyczy leczenia, to oprócz znanych zresztą w takich razach zasad dyetetyczno-lekarskich, — zaleca autor wlewania dermatolu z oliwą w postaci delikatnej zawiesiny. Po należytem wymyciu żołądka ciepłym kwasem borowym, wlewa Ageron 200 grm. oleju lnianego z 10 grm. dermatolu, dobrze poprzednio skłóciwszy, poczem chory układa się na wznak lub na brzuch: boleści znacznie się zmniejszają, siła ruchowa żołądka poprawia się tak, że można wcześniej podawać stałe pokarmy, na czem jednak to korzystne działanie tej zawiesiny polega, — autor nie tłomaczy.

Dr. Pisek (Podgórze).

Sir Lander Brunton. **Możliwość chirurgicznego leczenia zwężeń lewego ujścia żylnego.** (*The Lancet*, 8 lutego 1902 r.). Autor, jeden z najgłośniejszych lekarzy angielskich, rzuca śmiałą myśl usuwania zwężeń ujścia żylnego *(stenosis mitralis)* drogą chirurgiczną. Uznaje on niezmierne niebezpieczeństwo operowania w takim narządzie jak serce; lecz sądzi, że bywają przypadki, gdzie życie w ustawicznej męce chyba nie jest milszem od śmierci i — jeśli przedstawi się choremu możność znacznego polepszenia na drodze, która może wprawdzie grozić nagłą śmiercią.

lecz może mieć i powodzenie, to nie jeden wybierze operacyę, jako ostatnią ucieczkę i ratunek od męczarni.

Do takich niezwykle ciężkich cierpień należy właśnie zwężenie ujścia lewego żylnego bardzo znacznego stopnia, gdy chory staje się niezdolnym do żadnej pracy i wlecze swe smutne istnienie przeważnie w szpitalu, lub jest ciężarem sobie i rodzinie. Jeżeliby się udało rozszerzyć zwężone ujście żylne, stan chorego znacznieby się polepszył. Autor powziął myśl wykonania odpowiednich doświadczeń na zwierzętach i trupach ludzkich, lecz wobec wielu zajęć zdążył urzeczywistnić zaledwie część swych planów; to też uważa obecną rozprawę za doniesienie tymczasowe. Jak dotąd zdążył on wypróbować rozcięcia zrośniętych zastawek w sercach trupów, w zdrowych zastawkach żywych kotów, oraz próbował dokonać odpowiedniej operacyi na zwierzętach martwych. B. czyni szereg pytań, nasuwających się przy wprowadzeniu w czyn jego pomysłu i oświeca je ze swego punktu widzenia. Pierwsze i najważniejsze pytanie ze stanowiska chirurgicznego, czy należy powiększać otwór lewego ujścia żylnego przedłużeniem naturalnego, czy też trzeba rozciąć zastawki przez ich środek pod prostym kątem do ujścia? Pierwszy sposób byłby lepszy, lecz drugi jest łatwiej wykonalny i może być wystarczającym dla zamierzonego celu, t. j. ułatwienia przepływu krwi z przedsionka do komory.

Do operacyi używał autor noży takich, jakich używa się przy tenotomii. Tnący brzeg noża nie powinien być mniejszy od $^1/_2$ do jednego cala. Kształt noża zależy od tego, czy chirurg zamierza operować przez przedsionek, czy też przez komorę; w tym ostatnim razie nóż może być niewiele grubszy od igły; wtedy krwawienie będzie bardzo nieznaczne, gdy natomiast przy pierwszym sposobie operowania grozi znaczny krwotok.

Operując na martwem zwierzęciu dla odsłonięcia serca stosował autor sposób Ninniego z Neapolu, polecony przez Rottera: cięcia prowadzi się od lewego brzegu mostka na zewnątrz, na lewo, wzdłuż dolnego brzegu trzeciego i piątego żebra; zewnętrzne końce łączą się cięciem trzeciem; tkanki miękkie oddziela się wraz z żebrami 4-tem i 5-tem; otrzymana tym sposobem furta mocno się odgina w tył na mostek, przyczem mostkowe przymocowania żeber ustępują pod naciskiem odginającej siły.

Tym sposobem odsłania się serce na dostatecznej przestrzeni; płuco odsuwa się na stronę i po rozcięciu osierdzia jesteśmy w możności wprowadzić nóż do komory.

Chcąc operować przez przedsionek, należy prowadzić cięcie górne wzdłuż dolnego brzegu drugiego żebra, chociaż można odciągnąć serce i dojść do przedsionka i przy powyżej opisanem rozcięciu. Operując na sercu żywem, należałoby tylko wprowadzić nóż w czasie rozkurczu, gdyż wtedy mniejsze jest niebezpieczeństwo zranienia przeciwległej ściany komory. Osierdzie należy rozciąć szeroko nietylko dla dogodniejszego operowania, lecz i dla usunięcia niebezpieczeństwa uciśnięcia serca krwią, która może nagromadzić się w worku osierdziowym po rozcięciu ściany serca. Wobec pomyślnych wyników, otrzymanych przez operatorów przy ranach serca, autor wypowiada nadzieję, że niedalekim jest czas, w którym niemniej skutecznie uda się operować i w zwężeniach lewego ujścia żylnego.

Mając zamiar dalej prowadzić swe doświadczenia, proponuje B. chirurgom wydoskonalenie sposobów chirurgicznych urzeczywistnienia jego pomysłu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Th. Harvey. **Przypadek wchłonienia kawałka mięsa do oskrzeli.** (*Internat. Med. Mag.* 1902, Nr. 1). Mężczyzna 50 lat liczący, chcąc połknąć w czasie obiadu kawałek mięsa, zakrztusił się, poczem wystąpił gwałtowny kaszel i uczucie duszności tak silne, że człowiek ten sądził, iż umrzeć natychmiast musi. Po pewnym jednak czasie uczuł ulgę, a że kaszel męczący nie ustawał, wezwano lekarza. H. znalazł chorego mocno kaszlącego i uskarżającego się na duszność. Tętno 100 C., 37,8° C., liczba oddechów 40 na minutę. Przy badaniu lewej połowy klatki piersiowej nie znaleziono nic nieprawidłowego; ze strony prawej od szczytu płuca do poziomu sutka odgłos wypukowy był zwykły i oddech pęcherzykowy; poniżej odgłos stawał się mniej dźwięczny, a w całej dolnej części płuca słychać było mnóstwo rzężeń świszczących i wilgotnych; oprócz tego w odległości jednego cala na wewnątrz od sutka i poniżej dawał się słyszeć bardzo wysoki świszczący dźwięk muzykalny.

Autor rozpoznał obecność ciała obcego w oskrzelu, opierając się głównie na obecności wspomnianego wysokiego świstu, który uważa za objaw swoisty dla tego rodzaju spraw. Zachowanie się lekarza było wyczekujące. Duszność jednak, chociaż umiarkowana, wciąż trwała; przy ruchach znacznie wzmagała się, lecz nie miała charakteru spasmodycznego. Tętno wahało się między 90 i 100. C. od 36,9 do 38,1° C.; liczba oddechów stopniowo spadając, doszła do 20. Wysoki świst muzykalny przy brzegu piątego żebra znikł na 10-ty dzień, a prawidłowy oddech i pęcherzykowy odgłos wypukowy powróciły na 16-ty dzień. Do 10-go dnia chory nie mógł leżeć i cierpiał na męczący kaszel z wydzieleniem plwociny śluzowo-ropnej. Badano ją kilkakrotnie w kierunku obecności włókien mięsnych, lecz bez skutku. Powstaje zatem ciekawe pytanie, co się stało z kawałkiem mięsa, które widocznie dostało się do oskrzela? Autor przypuszcza, iż mięso, odkażone przez gotowanie, rozmiękło, przetrawiło się w wydzielinie oskrzelowej i wessało się, — lub też wyszło z plwociną w rozrzedzonej postaci. Bądź co bądź, samoistne wyleczenie w podobnych okolicznościach musi należeć do przypadków niezwykle rzadkich. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

G. Emerson Brewer. **Chirurgiczne leczenie wodnej puchliny przy marskości wątroby.** (*Medic. News Philad. Med. Journal* 15 lutego, 1902). Autor opisuje kilka nowych przypadków operacyi Talma i podaje bardzo ciekawą statystykę jej następstw. Z załączonej przez B. tablicy widać, iż przynajmniej w 6-ciu przypadkach marskości wątroby chorzy pozbyli się puchliny wodnej po przyszyciu sieci do przedniej ściany brzucha i pozostali w tym zadowalniającym stanie w ciągu dwóch lat i dłużej. U innych sześciu chorych wodna puchlina znikła na przeciąg czasu od dwóch do sześciu miesięcy: jedni z nich zmarli bez nawrotu puchliny, inni byli dostateczny czas pod obserwacyą w celu stwierdzenia, czy usunięcie puchliny wodnej było trwałe. W jednym przypadku krwotok z przewodu pokarmowego szybko ustał po operacyi Talma. Wogóle w mowie będący zabieg operacyjny został uwieńczony powodzeniem w 38 przypadkach; jeżeli zaś uwzględnimy, że stosowano go w większości przypadków u ciężko i niewyleczalnie chorych i to w ostatnim okresie choroby, gdy już niewiele sił życiowych pozostawało, — to, jak autor sądzi — wyniki operacyi Talma byłyby niezawodnie daleko więcej zachęcające, gdyby operacyę wykonywano wcześniej. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

H. Syers. **Błędy przy osłuchiwaniu w związku z użyciem podwójnego stetoskopu.** (*The Lancet*, 8 lutego 1902 r.). Autor ostro powstaje przeciw używaniu bardzo rozpowszechnionego obecnie podwójnego stetoskopu (fonendoskopu) i sądzi, że wiele błędów przy osłuchiwaniu zależy od użycia tego przyrządu. Szczególnie często według doświadczenia autora pozostaje niespostrzeżonym miękki nizki szmer rozkurczowy na zastawkach tętnicy głównej; szmer taki każe bardzo źle rokować, gdyż jest oznaką zbyt słabego kurczenia się ścian komory lewej i chorzy z tą postacią niedomykalności zastawek aorty bardzo często nagle umierają. Dalej, często skurczowe szmery nad koniuszkiem serca uważane bywają za przedskurczowe; wreszcie w sercu zdrowem dźwięki mylnie wydają się nieczystymi lub wzmożonymi. Przy osłuchiwaniu płuc fonendoskopem nieraz nie można odróżnić odcieni patologicznego oddechu; szczególnie szkodliwem jest użycie podwójnego stetoskopu przez uczących się i poczynających medyków. Oprócz błędów rozpoznawczych jest jeszcze inna zła strona częstego użycia tego przyrządu, mianowicie silne podrażnienie narządu słuchowego, mogące pociągnąć za sobą najgorsze skutki.

Autor pomimo to wszystko nie wypowiada się za zupełnem usunięciem fonendoskopu z użycia; przeciwnie zupełnie słusznie uważa go za bardzo cenny przyrząd przy osłuchiwaniu ciężko chorych, których nie należy męczyć podnoszeniem, a których zwykłym stetoskopem zbadać nie zawsze można. Również wskazany jest fonendoskop do osłuchiwania małych dzieci, lecz nie do stałego użytku, i w rękach tylko doświadczonych już lekarzy.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Sidney Philipps. **Gościec, jako przyczyna krwotoków nosowych u dzieci.** (*The Lancet*, 22 lutego, 1902 r.). Autor przytacza szereg przykładów, mających dowodzić, że przy gośćcu stawowym u dzieci występują krwotoki nosowe bez miejscowego cierpienia nosa, lub innych przyczyn usposabiających.

W niektórych razach krwotok z nosa zjawiał się w czasie ostrego napadu gośćca; czasem znowu występował naprzemian z napadami zapalenia stawów; a w innych razach pozostawał w związku z pląsawicą przypuszczalnie o gośćcowej podstawie. Ponieważ u dzieci nieraz spostrzega się wysięki w stawach bez bólów, a z drugiej strony od leczenia zasadniczego cierpienia ustępują i krwotoki nosowe, — zaleca więc autor zawsze zwracać baczną uwagę na stan stawów przy wystąpieniu krwawienia z nosa. Niektórzy badacze wyrazili przekonanie, że krwotok nosowy bywa nieraz objawem zatrucia przetworami kwasu salicylowego. Z pacyentów autora, o których mowa, żaden nie zażywał salicylanów przed krwotokiem; natomiast u wszystkich — prócz jednego — po zastosowaniu tego leku krwotoki znikły wraz z poprawą cierpienia stawowego. Autor sądzi, iż w tych przypadkach gośćca, w których leczono przetworami kwasu salicylowego i spostrzegano krwotoki nosowe, te ostatnie zależały prędzej od głównego cierpienia (gośćca), a nie od stosowanego leku. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Leiner. **Postacie zaraźliwe pęcherzycy i liszajca w przebiegu odry.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 5, 13, 3. H., 1902). Pęcherzyca zakaźna jest chorobą samozakaźną, a prócz tego przenosi się z osoby na osobę przez zetknięcie się. Przyczyną choroby tej jest ropotwórczy złoty łańcuszkowiec, który wyhodowano z treści pęcherzów w czystych hodowlach, a którego przeszczepienie wytwarza pęcherze liszajca (*impetigo*). Matzenauer i Faber wykazali identyczność tych koków w ostrej pęcherzycy noworodków, i dlatego Faber w swej monografii łączy obie te choroby pod nazwą *pemphigus contagiosus*. Dr. Leiner opisuje cztery przypadki pęcherzycy w przebiegu odry, jako choroby przebiegającej bez podwyższenia ciepłoty ciała, przenośnej na inne osoby, a charakteryzującej się wystąpieniem pęcherzy, strupów i złuszczenia się ich bez pozostawienia blizn. Że te przypadki pęcherzycy, występujące w przebiegu odry, należą do grupy liszajca zaraźliwego, za tem przemawia: 1. wspólny obraz kliniczny; 2. wspólne wyniki badań bakteryologicznych; 3. dodatnia próba szczepienia, po którem udało się wywołać typowego liszajca zaraźliwego z treścią pęcherza pęcherzycy.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. W. E. Mertens. **O rzekomych uchyłkach zagięcia esowatego i wyrostka robaczkowatego.** (*Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie* T. IX, Zeszyt 4 i 5). Dzięki poszukiwaniom Grasera rzekome uchyłki jelit nabrały znaczenia nietylko teoretycznego, ale i praktycznego. Zestawiwszy z piśmiennictwa dotychczas opisane przypadki, przytacza autor jeden z własnego spostrzegania, w którym przedziurawienie uchyłku ścian esowatego zagięcia stało się miejscem wyjścia ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej. Zwróciwszy zaś wyłączną uwagę na wyrostek robaczkowy znachodził autor wcale nierzadko w nim uchyłki. W jednym przypadku najprawdopodobniej z takiego uchyłka wyszła sprawa zapalna okołokątnicza. *Herman.*

A. Merk. **Przyczynki do patologii i chirurgii dróg żółciowych.** (*Mittel. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Jest to dalszy ciąg kazuistyki odpowiednich przypadków, operowanych od roku 1898 do roku 1901 w klinice Czernego (Heidelberg). W tym czasie wykonano u 128 chorych na 136 posiedzeniach, 170 zabiegów. Najczęściej, gdyż 56 razy wykonano cholecystostomię, potem choledochotomię 16 r., cysticotomię 11 r. i t. d. Zabiegi te przedsiębrano głównie z powodu kamicy. Tylko 16 razy operowano w zakresie dróg żółciowych z powodu raka lub nowotworów trzustki. Śmiertelność bezpośrednia po tych operacyach wynosiła 3·5%. W jakiś czas po operacyi dowiedziano się o 91 chorych, z tych 73 nie miało żadnych dolegliwości.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ruge (*Heilkunde*, czerwiec, 1902) ogłasza wyniki swych doświadczeń z aguryną na oddziele dla chorób wewnętrznych w Hamburgu-Eppendorf W niektórych przypadkach wad sercowych, w przewlekłych zapaleniach nerek, środek ten działał bardzo dobrze i nawet wyżej stoi pod niektórymi względami od diuretyny. Podawano w proszku w jednorazowej dawce 0·50 w ten sposób, że przez dwa, ewentualnie trzy po sobie następujące dni podawano pięć razy po 0·50 na dobę. Wyniki zachęcają bardzo do dalszych prób, a nawet do stosowania w przypadkach napozór rozpaczliwych.

Dr. Pisek (Podgórze).

Przeciw bolesnym wrzodom prącia Heins zaleca heroinę, którą podaje w pigułkach po 0·01. Ma działać szybciej i lepiej, aniżeli lupulina lub sole bromowe. (*Therap. Monatshefte*, Nr. 5, 1902).

Pisek.

Strauss. **Heroina, jako lek powściągający popęd płciowy.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 36, 1902). Pracą swoją zamierza autor zachęcić i innych kolegów do stosowania tego środka w różnorodnych zboczeniach narządu płciowego. Bardzo bowiem dobre wyniki otrzymał w 10-ciu przypadkach pomazań nocnych z następowem ogólnem osłabieniem, bolesnością w krzyżach i t. d. u młodych, zresztą zdrowych mężczyzn. Dawka wynosiła w pierwszym tygodniu 0·01 codziennie wieczorem; w następnym, według przypadku, ta sama dawka, ale z 2—3 przerwami, oczywista rzecz nie zaniedbując przytem ogólnych zasad higienicznych: twarde łoże, leżenie na boku, wstrzymanie się od napojów wyskokowych, zwłaszcza wieczorem, zimne nacieranie i t. d. W tych wszystkich przypadkach można było zawsze stwierdzić, że działanie heroiny stoi prawie na równi z działaniem bromku potasowego w połączeniu z kamforą i lupuliną.

Druga grupa chorych, u których autor stosował z pomyślnym skutkiem heroinę, odnosi się do przypadków neurastenii i niezdolności płciowej, oraz tych wszystkich objawów, które zwykle są następstwem samogwałtu, jak: osłabienie, nieufność we własne siły, ból głowy, uczucie znużenia, osłabienie pamięci, nasieniotok i t. d. Wyniki były wogóle zadowalniające, zwłaszcza w jednym przypadku nasieniotoku, w którym odpływ nasienia ukazywał się za każdem kaszlnięciem, nastąpiła znaczna poprawa po trzech czopkach à 0·01 heroiny (co wieczór jeden), a po kilku tygodniach zupełne wyleczenie. Nadmienić wreszcie wypada, że i w przypadkach bolesnego wzwodu prącia, zapalenia gruczołu krokowego, przyjądrza, bolesności jąder i t. d. środek ten prawie nigdy nie zawodził.

Zesumowawszy więc to wszystko można śmiało powiedzieć, że heroina nadaje się w tych wszystkich przypadkach chorobowych z zakresu narządu moczopłciowego, w których idzie o usunięcie lub opanowanie bolesności i stanów zapalnych, a co ważniejsza, że nie pociąga za sobą żadnych ubocznych, a szkodliwych następstw.

Dr. Pisek (Podgórze).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 października.

* *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

Szanowna Redakcyo!

Upraszam o umieszczenie w »Przeglądzie lekar.« następującej notatki:

Emerytura dla lekarzy okręgowych. Wydział Krajowy za pośrednictwem Wydziałów powiatowych rozesłał w końcu września b. r. lekarzom okręgowym t. zw. listy służbowe do wypełnienia, a to w celu zebrania dat i materyału, mającego stanowić podstawę do opracowania wniosków, zmierzających do przyznania lekarzom okręgowym prawa do emerytury Ponieważ lekarzy okręgowych jest około 130, przeto sporządzenie statystyki zapewne nie wiele zajmie czasu.

Niemniej jednak zwracamy uwagę, że namiestnictwo utrzymuje w ewidencyi wszystkich lekarzy, a więc i okręgowych i niewątpliwie na wezwanie Wydziału Krajowego chętnie odstąpiłoby gotową już statystykę, którą posiada. Również wiele gotowych już danych statystycznych znajduje się w corocznych sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia. Czy nie wygląda to zatem na utrudnianie sobie pracy? *Erg.*

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Teofil Baczyński, Wilhelm Zatbey i Edward Żuliński.

* Wiadomości osobiste. Namiestnictwo przeniosło koncepistę sanitarnego Dr. K. Mieroszewskiego ze Lwowa do Krakowa; asystentów sanitarnych: Dr. L. Sobieszczańskiego z Drohobycza do Kałusza i Dr. S. Kaczyńskiego z Krakowa do Śniatyna. Dr. Z. Maurer, b. sekundaryusz szpitala św. Łazarza, osiadł w Limanowej.

* Podczas Zjazdu w Karlsbadzie prof. Posner zdawał w sekcyi prasy lekarskiej sprawę o postępie organizacyi międzynarodowego Związku prasy lekarskiej. Dr. Herrnheiser uczynił wniosek, który zgromadzenie uchwaliło, ażeby redakcye czasopism lekarskich niemieckich, wychodzących w Niemczech i w Austryi, stanowiły jedną grupę. Jest to uchwała zasadnicza dla tych wszystkich narodów, których piśmiennictwo lekarskie wychodzi w jednym języku, lecz nie w jednym tylko państwie.

* Rząd austryacki wyasygnował 10,000 koron na pierwsze koszta wyrobu surowicy przeciwpłoniczej Dr. Mosera. Wprawdzie sam fakt, że prątek płonicy nie jest jeszcze znany, osłabia ufność do nowowynalezionej surowicy; ale byłoby błędem zasadniczym zwalczać ją z tego powodu: wszak tyle leków, a w szczególności samo szczepienie ochronne przeciw ospie, zawdzięcza ludzkość prostej empiryi. Surowica Dr. Mosera będzie rozesłaną do wszystkich szpitali, w celu zbadania na szeroką skalę jej leczniczej skuteczności; wynik tego badania rozstrzygnie o jej wartości i przyszłości.

* W Wiedniu powstają coraz nowe »Kasy robotnicze«, zakładane przez gromady ludzi względnie nawet zamożnych. To wywołuje ruch w kołach lekarskich i uchwały, wzywające lekarzy, ażeby w takich »Kasach« nie przyjmowali stałej posady, — innemi słowy — ażeby członkowie takich »Kas« mogli otrzymywać pomoc lekarską w drodze wolnego wyboru lekarza. Z powodu powstawania tych »Kas« wiedeńska Izba lekarska zamierza zarządzić ogólne zgromadzenie lekarzy, a »Związek lekarzy wiedeńskich« postanowił zwołać wielki socyalno-lekarski kongres, który ma się zebrać w Wiedniu podczas Wielkanocy 1903 r.

* W ternie na katedrę po prof. Gerhardzie na pierwszem miejscu postawiono prof. Jakscha z Pragi.

* »Russkij Wracz« donosi, że w Odesie, gdzie epidemia moru wcale nie wygasa, powołano 68 lekarzy do służby czasowej w mieście. »Nowoje Wremia« ze swej strony podaje, że w Odeskim Instytucie bakteryologicznym poddano sekcyi 1550 szczurów, lecz z tej liczby tylko u 7 stwierdzono morową zarazę.

* Już i tak wielka liczba miejscowości, nawiedzonych morem, zwiększa się z dnia na dzień; a że to nie są już pojedyncze przypadki, lecz groźne i długotrwałe epidemie, świadczy statystyka: na wyspie Formozie, od początku bieżącego roku do d. 8 lipca zachorowało na mór osób 1987, a zmarło 1515. W Indyach w pierwszym tygodniu lipcowym tego roku zmarło osób 2894, w drugim tygodniu 3762; z liczby tej więcej niż połowa przypada na Bombay.

* Niemieckie Towarzystwo dla historyi medycyny na jednem ze swych posiedzeń podczas Zjazdu w Karlsbadzie wyraziło szczere ubolewanie, że katedrę historyi medycyny w Berlinie oddano człowiekowi tak nie ukwalifikowanemu, jak Dr. Schweiniger.

* Instytut dla medycyny kolonialnej został utworzony w Paryżu.

* Przyszłoroczny kongres lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Kassel.

* »Maryland Telephone and Telegraph Company« w Baltimore postanowiła nie żądać w swoich biurach zapłaty od osób, które zapomocą telegrafu czy telefonu wzywają lekarza do chorego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXVIII (14—20—IX). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 42, zmarło osób 38, mianowicie: z gruźlicy 7 (4 zam.), z zapalenia płuc 2, z cholery dziecięcej 7.

* Między 24 a 30 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jaworowskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.) i tłomackim (1 gm.).

W tymże czasie doniesiono o 2-ch przypadkach ospy w powiecie strzyżowskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. T. Vejdovsky mian. prof. zwyczajnym zoologii w czeskim Uniw. w Pradze. Doc. Mojsiejew profesorem anatomii patol. w Akademii lekar. w Petersburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. K. Hasse b. prof. kliniki lekarskiej w Getyndze. Dr. Stokvis, prof. ogólnej patologii w Amsterdamie. Głośny okulista Dr. Mayer w Paryżu. Dr. Rudolf Lewandowski zmarł w Badenie. Dr. Tadeusz Oksza Orzechowski, podolanin, wychowaniec Uniw. kijowskiego, zmarł w Zurychu. Praktyką lekarską zupełnie się nie trudnił. Wysoce uzdolniony odgrywał nieraz czynną rolę w dyplomacyi europejskiej, a ku końcowi życia zasłynął paru szczęśliwemi przedsiębiorstwami w zakresie międzynarodowej komunikacyi. Żył lat 65.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Nr. 10. Polański: O znaczeniu dziedziczności w powstawaniu chorób. Cennère: Statystyka śmiertelności miasta Radomia za rok 1900.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Dzierżawski: O pierwotnej zgorzeli miazgi. Ziemens: Nowy aparat »Expres« do wykuwania platek metalowych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Stano i Kopczyński: Przypadek kostniaka opony twardej. Rzętkowski: Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach.

— *Przegląd felczerski* Nr. 19. O złamaniach (c. d.). — O zmianach i zaburzeniach w organizmie następujących pod wpływem urazu (c. d.). — Technika sekcyi zwłok (c. d.) — Woda

— *Medycyna* Nr. 40. Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi (dok.). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Ostrčil: O kleštích w porodnické praxi. Vitek: Cerebrobulbarni paralysa (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 78. Rabé: Przyczynek do nauk o gośćcowych zmianach w tętnicach. Boy-Tessier i Rouslacroix: Znaczenie wysięku opuchlinowego ze stanowiska bio-chemicznego.

Nr. 39 Sergent: Ostra niewydolność nadnercza a choroby zakaźne. Romme: Bakteryologia płuc w stanie prawidłowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Donneny: Czy czynna substancya hemolitycznej cieczy krwi pochodzi z leukocytów jednojądrzastych? Matzenauer: Przymiot gruczołów sutkowych we wczesnym okresie. Kurka: O przerzutowem rzeżączkowem zapaleniu spojówek. Teleky: Zwalczanie gruźlicy. III) Leczenie gruźlicy. (Dokończenie).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Oppenheim: Przypadek guza w rdzeniu pacierzowym, leczonego zabiegiem operacyjnym. Hoffmann: O zapaleniu skóry, wywołanem rtęcią i o zmianach histologicznych, spowodowanych tem zapaleniem, wraz z uwagami o powstającej przytem eozynofilii lokalnej i we krwi. Clopatt: O wpływie wyskoku na przemianę materyi u ludzi. O zatwardzeniu kurczowem (spastycznem). Kyes: Sposób działania jadu kobry (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 39. Lüthje: W sprawie wytwarzania się cukru w ustroju zwierzęcym. Breuer: Przyczynek do leczenia i patogenezy dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych. Roos: Kliniczne badania jodotyryny. Schottelius: Doświadczenia nad przeszczepialnością gruźlicy drogą pokarmową u bydła i cieląt. Emmerich: Czy możliwem jest, żeby przy dobrem funkcyonowaniu we wziewalniach ciecz rozpylana mogła się dostać w większej ilości do płuc? Spiess: Anestezyna, nowy lek miejscowo znieczulający, z punktu widzenia leczniczego działania środków znieczulających. Cybulski: O jednem niezwykłem powikłaniu krwotoku płucnego. Frickhinger: O badaniu zewnętrznem podczas porodu. Schwalbe: O trujących gatunkach rodziny sumaka (*Vhus diver si loba, r. toxicodendron i r. venenata*). Wachholz: Nowa próba płucna. Weber: Przypadek samoistnego wyleczenia się zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu. Stamm: Zapobieganie krzuścowi. Szneider: Obustronne porażenie oczne wewnętrzne wywołane zażywaniem sporyszu. Rank: Przypadek wypociny opłucnowej, zawierającej żółć. Guleke: Przyczynek do etyologii narkolepsyi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 40. Axenfeld: Przyczynek do patologii i terapii zapalenia zatok czołowej i sitowej, oraz ich powikłań oczodołowych. Lassar: O gruźlicy wywołanej szczepieniem. Moeller: Przyczynek do sprawy przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło i cielęta. Neisser: Dalszy przyczynek do nauki o przewlekłem błonicowatem zajęciu gardła. Marchand: O bujaniu tkanki i powstawaniu guza z uwzględnieniem pasorzytniczej etyologii raków. (dok.). Mitulescu: Wpływ nowej tuberkuliny na przemianę materyi w komórce.

Redakcya otrzymała. Dydyński: Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia kręgowego. A. Kwiatkowski: 1) Badania nad mechanizmem żołądka i kiszek i nad znaczeniem leczniczem masażu. 2) O nieprawidłowej kurczliwości mięśni prążkowanych i leczeniu jej masażem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 15 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem, po odbytych demonstracyach, kol. Dr. Dobrowolski mówić będzie „O pęknięciu macicy w ciąży".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.